



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



**RESÚMENES DE TRABAJOS LIBRES
PRESENTADOS EN EL XVII CONGRESO BIENAL DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA REALIZADO DEL 28
AL 30 DE MARZO DE 2019 EN BOGOTÁ, 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
320 4493962
fecolsog@fecolsog.org
www.fecolsog.org



PRESENTACIONES ORALES

OPO-3

IMPACTO DEL EMBARAZO EN LA SEXUALIDAD DE LAS GESTANTES DEL EJE CAFETERO

Espitia-De La Hoz, FJ. Londoño, AM, Echeverri-Muñoz, DM

espitiafranklin@hotmail.com

Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

Resumen

Introducción

La salud sexual puede verse afectada por la edad, la educación, las enfermedades crónicas, el embarazo y la paridad. El embarazo juega un papel importante en la función y comportamiento sexual de las mujeres; durante el embarazo, además de la presencia de un gran impacto hormonal, los cambios emocionales pueden ocurrir en el estilo de vida e incluso en la propia imagen, lo que termina por cambiar la expresión de la sexualidad y el comportamiento sexual de la gestante.

Objetivo:

evaluar el impacto del embarazo en la sexualidad de las mujeres del Eje Cafetero, así como determinar la prevalencia de disfunciones sexuales entre las gestantes.

Material y métodos:

estudio analítico, prospectivo y longitudinal, reclutó a 1.440 gestantes desde el primer trimestre del embarazo; atendidas entre enero del año 2010 y enero del 2015 en la Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia, Suramérica. La investigación se realizó trimestre a trimestre hasta seis semanas posparto. El instrumento estandarizado empleado fue el Índice de Función Sexual Femenina, el cual fue desarrollado para identificar la presencia de disfunciones sexuales en la mujer. Las variables utilizadas fueron datos sociodemográficos y variables obstétricas relacionadas con la sexualidad.

Resultados:

1.440 mujeres fueron incluidas, edad promedio de $24,9 \pm 6,57$ años (rango de 18 a 42 años). Las semanas de gestación al ingreso tuvieron una media de $6,3 \pm 4,8$ semanas (rango 6 a 13 semanas). El 78,12% provenían del área urbana, 83,95% de nivel socioeconómico medio. El embarazo no fue planeado en el 57,29%. El 41,87% eran primigestantes. El 66,87% eran amas de casa. El 36,25% informó que la fuente principal de información sobre el tema de sexualidad en el embarazo la obtuvieron en el internet por su propia cuenta. La prevalencia de la disfunción sexual en el primer trimestre fue del 39,6%, 34,5% en el segundo trimestre y, 78,95% en el tercer trimestre. El 71,87% presentaron disfunción sexual en al menos uno de los dominios Índice de Función Sexual Femenina; de las cuales el 42,29% presentaron alteración en un solo dominio, y 29,58% en más de un dominio. El dominio más alterado fue el deseo sexual, mostrando disminución en el 71,94%; el segundo dominio más alterado fue la alteración del orgasmo, en el 39,79%; posterior en frecuencia estuvo la presencia de dolor, que se presentó en el 26,45%; la excitación estuvo alterada en el 26,25% y la disminución de lubricación se hizo presente en el 15% de las gestantes.

Conclusión:

en las mujeres gestantes se afecta la salud sexual, lo que puede tener efectos negativos sobre el bienestar general y en la relación de pareja.

Palabras clave: Sexualidad, Embarazo, Disfunción sexual, Epidemiología.



OPO-9

ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA ABDOMINAL COMO FACTOR DE RIESGO PARA ESTRÉS PSICOLÓGICO, ALTERACIÓN DEL SUEÑO Y CALIDAD DE VIDA

Monterrosa-Castro, Álvaro
Quintana-Guardo, Freddy
Monterrosa-Blanco Angélica
alvaromonterrosa@gmail.com

INSTITUCIÓN: Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

Introducción: La histerectomía abdominal (HA) es la cirugía ginecológica que se realiza con más frecuencia en mujeres.

OBJETIVO: Estimar si el antecedente de HA es factor de riesgo asociado a deterioro somático, psicológico, urogenital y de la calidad de vida, así como de las alteraciones del sueño y el estrés psicológico.

MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal en mujeres que viven en el Caribe colombiano, se identificaron mujeres sanas en sus comunidades a través de una evaluación voluntaria, puerta a puerta a través de encuestadores. Investigación sin riesgos y aprobación del comité de ética. Análisis de datos con EPI-INFO 7. Se dividieron en dos grupos: histerectomizados (HI) y no histerectomizados (NHI). Se realizó una regresión logística no ajustada para identificar si AH se comportó como un factor de riesgo. Estudio que forma parte del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de vida en la menopausia y etnias colombianas]. **PACIENTES:** mujeres hispanas residentes en la costa colombiana del Caribe, con edades entre 40 y 59 años. Las mujeres embarazadas fueron excluidas. **INTERVENCIONES:** Se aplicaron la forma de las variables sociodemográficas y las escalas: Escala de estrés percibido (PSS-10), Escala de calificación de la menopausia (MRS) y Escala de Jenkins, todas en versiones en español.

RESULTADOS: Estudiamos 471 mujeres, 237 HI y 234 NHI, con edades de 50.6 ± 4.4 y 46.0 ± 4.8 respectivamente, una diferencia significativa. Ambos ovarios conservaron el 66.2% de HI y 97.4% de NHI. No se observaron diferencias en los síntomas menopáusicos, deterioro psicosomático o calidad de vida. Las mujeres con HI tuvieron mayor deterioro urogenital que NHI $p = 0.009$; más despertares durante la noche $p = 0.0026$; tenían más trastornos del sueño $p < 0.05$ y mayor estrés percibido $p < 0.05$. Se encontró que la AH era un factor de riesgo para el estrés percibido OR 4.6 [IC 95%: 2.6-7.9] y deterioro urogenital severo OR 1.57 [IC 95%: 1.08-2.28]. No fue factor de riesgo para deterioro somático grave OR 1.55 [IC 95%: 0.85-2.81], psicológico OR 1.25 [IC 95%: 0.85-1.83] o calidad de vida OR 1, 29 [IC 05%: 0.88-1.89], tampoco para trastornos del sueño OR: 1.37 [IC 95%: 0.95-1.97].

CONCLUSIONES: El antecedente de HA fue un factor asociado con un deterioro urogenital severo y percepción de estrés en climatéricas del Caribe colombiano.

PALABRAS CLAVE: Climaterio. Menopausia. Estrés. Calidad de Vida



OPO-17

ADHERENCIA DE MÉDICOS GENERALES, EN IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA EN COLOMBIA.

AUTORES: Zapata.-salcedo R, Molina-Giraldo Saulo, Ortega-Ariza Norela, Santacruz-Arias J.

Contacto: email:robertorazs@hotmail.com.

INSTITUCION: Universidad Metropolitana, Barranquilla – Colombia

INTRODUCCIÓN: La reducción de la mortalidad materna ha sido durante mucho tiempo una prioridad de salud mundial. En 2015 se presentaron 216 muertes maternas, por 100,000 nacidos vivos (NV) en todo el mundo, la mayoría eran mujeres de bajos y medianos ingresos, procedentes de países pobres o en desarrollo(1). En 2017 Colombia reporto 333 casos de muertes maternas con una razón de mortalidad de 51.4 por 100 000 NV, donde los trastornos hipertensivos del embarazo fueron la segunda causa de muerte(2)

En el departamento del atlántico la razón de mortalidad materna fue de 115.2 por 100 000 NV para el mismo periodo, siendo solamente superado por departamentos como Guajira, Choco y Vichada(3).

Las Guías de Práctica Clínica publicadas en 2013, son un documento donde se promueve la importancia de identificar precozmente a mujeres que tienen factores de riesgo alto o moderado de desarrollar preeclampsia (4). Colombia no cuenta con estudios que muestren si los médicos generales, identifican oportunamente esta población, así como tampoco el uso profiláctico de ácido acetil salicílico (asa).

Existen varios métodos para determinar el riesgo de padecer preeclampsia, tomando la tensión arterial y determinando antecedentes personales podríamos identificar el 60% de las pacientes. (4)(5) Colombia es un país de medianos y bajos ingresos en el cual es necesario que dicha estrategia se cumpla en toda su población. Otros métodos se aproximan a niveles de detección cercanos al 90 % predestinando recursos importantes (5).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio observacional de cohorte transversal multicéntrico. Se aplicó una encuesta a médicos generales que atienden la consulta de atención prenatal en veinte instituciones de primer nivel de salud del departamento de Atlántico, Colombia, entre febrero y abril de 2018. Se excluyeron instituciones donde la atención prenatal era realizada por un especialista u otro personal no médico.

RESULTADOS Se encontraron 28 médicos generales trabajando en el servicio de control prenatal. Veintitrés médicos (82%) no identificaron factores de riesgos alto y moderado para desarrollar preeclampsia promovidos por la GPC, cinco médicos (18%) logran identificar dichos factores medianamente.

El 46% escoge adecuadamente el medicamento para prevención de preeclampsia y el 32% mantiene la intervención hasta el final del embarazo. Se estableció que el 78.5% de los médicos, recibió capacitación durante el último año sobre la guía de práctica clínica. (GPC)

CONCLUSIONES: Los médicos generales cuentan con una baja identificación de los factores de riesgo para el desarrollo de preeclampsia, la mitad escoge adecuadamente el medicamento para prevención, y un tercio de estos continúa dicha intervención hasta el final del embarazo. Colombia no cuenta con investigaciones de este tipo que podrían llevar a la disminución de la incidencia y la severidad de la enfermedad.

El grupo investigador recomienda estrategias de reentrenamiento permanente, sistemas de alerta en historias clínicas digitales y listas de chequeo para tratar de disminuir el porcentaje de aparición de la enfermedad.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



PALABRAS CLAVES: Adherencia a Guías Clínicas, Pre-eclampsia, Factores de Riesgo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6): e323–33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14) 70227-X
2. World Health Organization (WHO). *The Global Strategy for Womens, Childrens and Adolescents Healt 2016-2030*. 2016.
3. Committee Opinion No. 638: First-Trimester Risk Assessment for Early-Onset Preeclampsia. *Obstet Gynecol*. 2015; 126(3): e25-7. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001049
4. Von Dadelszen P, Payne B, Li J, Ansermino J, Broughton F, Côté A. et al. Prediction of adverse maternal outcomes in pre-eclampsia: development and validation of the fullPIERS model. *Lancet* 2011; 377(9761): 219–27. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61351-7.
5. Crovetto F, Figueras F, Triunfo S, Crispi F, Rodríguez-Sureda V, Domínguez C, Llurba E, Gratacós E. First trimester screening for early and late preeclampsia based on maternal characteristics, biophysical parameters and angiogenic factors. *Prenat Diagn*. 2015 Feb; 35 (2): 183-91. doi: 10.1002 / pd.4519.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



OPO-36

ESTIMACIÓN DE LA DOSIS DE RADIACIÓN FETAL DURANTE LA UTILIZACIÓN PROFILÁCTICA DEL BALÓN DE OCLUSIÓN AÓRTICO EN PLACENTA ANORMALMENTE INSERTA

Salas L, Duran EJ, Benavides SO, Nieto-Calvache AJ, Ordoñez-Delgado CA, Rodríguez-Holguín F.

Correo electrónico: albarojosenieto@yahoo.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La placenta anormalmente inserta (PAI) es una causa importante de morbilidad materna y su principal complicación es el sangrado masivo. Dentro de las estrategias de prevención del sangrado, está la oclusión endovascular arterial. Una preocupación del uso de balones intra-arteriales, es la radiación fetal que ocurre durante la confirmación del adecuado posicionamiento del balón. Con este estudio, se buscó determinar la dosis absorbida (DA) fetal, durante la colocación de balón intra-aórtico en pacientes con PAI.

METODOLOGÍA: Utilizando cristales de dosímetros termoluminiscentes (TLD por las siglas del inglés: ThermoLuminescent Dosimeter) en el fondo vaginal y en piel de la región lumbar, se calculó la DA fetal y la dosis de radiación en la entrada de la piel (ESD, por sus siglas en inglés Entrance Skin Dose). Además, se realizó una simulación con maniquí para validar la técnica de medición de ESD.

RESULTADOS: Se incluyeron 10 mujeres sometidas a manejo quirúrgico de PAI, en quienes se comprobó la localización del balón intra-aórtico con radiografía simple con Arco en C, en sala de cirugía. Los valores obtenidos de exposición materna y fetal a radiación fueron ESD de $1,31 \pm 0.96$ mGy y dosis absorbida de $0,27 \pm 0.28$ mGy. Con tiempos de exposición menores a un segundo.

CONCLUSIONES: La DA fetal, la ESD y el tiempo de exposición a radiación durante la colocación del balón intra-aórtico, fue inferior a lo reportado con otras técnicas de oclusión vascular.

PALABRAS CLAVE: Placenta anormalmente adherida, REBOA, Radiación, Embarazo



PERDIDA RECURRENTE DE LA GESTACIÓN ¿EXISTE LA CAUSA IDIOPÁTICA?

AUTOR(ES): Mendoza-Avila JC*, Cubillos-García J, Puccini-Santamaría G, Ruiz-Camero H, Arango-González A.

*e-mail: dricmendoza@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Asociados en Reproducción Humana, Bogotá, Colombia

INTRODUCCION:

La pérdida recurrente de la gestación (PRG) se define como la pérdida espontánea de dos o más embarazos antes de las 24 semanas y su prevalencia es 1 a 5% de los embarazos. Las causas más comúnmente descritas son anatómicas, endocrinas, genéticas e infecciosas. Hasta un 40% de las pacientes son clasificadas como Pérdida Recurrente de la Gestación Idiopática (PRGI). El objetivo de este trabajo es mostrar que la presencia de alteraciones inmunes en este grupo de pacientes está presente hasta en un 80 % de ellas.

MATERIALES Y METODOS:

Estudio retrospectivo de historias clínicas de 3162 pacientes diagnosticadas con Pérdida Recurrente de la Gestación, estudiadas por nuestro equipo médico durante el periodo comprendido entre los años 1989 - 2017 (28 años).

RESULTADOS:

De las 3162 pacientes, 1275 (40.3%) tuvieron diagnóstico causal identificado y 1887 (59.7%) se clasificaron como pérdida recurrente de la gestación idiopática, conformando nuestra población estudiada. A este grupo de pacientes (1887) se realizaron estudios inmunológicos y los resultados arrojaron las siguientes cifras: n=1887(100%). Causa inmunológica identificada: 1526 (81%) distribuidos así: Aloinmunidad; 922 (60.4%), Autoinmunidad; 234 (15.3%), Alo y Autoinmunidad: 370 (24.2%). *Pacientes con infertilidad realmente inexplicadas: 19%.*

CONCLUSIONES:

La pérdida recurrente de la gestación tiene diferentes causas que se han descrito convencionalmente, sin embargo, un grupo de pacientes es clasificado como de causa inexplicada. Nuestros resultados sugieren que hasta en el 81 % de este grupo de pacientes, existe una hiperactivación del sistema inmune que puede ser una consecuencia de diversos factores, entre otros, epigenéticos (ambientales, estilo de vida), enfermedades subyacentes tipo endometriosis u otras, sin que corresponda a enfermedad inmune como tal.

El factor inmunológico participa en todos los procesos reproductivos e influye directamente en el éxito o fracaso del embarazo. 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 diagnosticadas como causa idiopática y cuya opción terapéutica será el azar.



IMPORTANCIA DEL SÍNCOPE EN EL EMBARAZO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES

Rodríguez-Chaparro M.A¹; Uriel-Calvo M²; Romero-Infante X.³

¹ mariaarodriguezch2@gmail.com

Fundación Salud Bosque, Bogotá DC.

Ecodiagnóstico El Bosque, Bogotá D.C

Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá D.C

INTRODUCCION

Según la guía de manejo del 2018, de la Sociedad Europea de Cardiología, se define al síncope como la pérdida transitoria de la conciencia, debido a la hipoperfusión cerebral global transitoria caracterizada por un inicio rápido, duración corta y una recuperación espontánea completa (15). En la literatura científica, se puede encontrar una gran variedad de factores y mecanismos asociados al síncope, sin embargo, usualmente se ha clasificado en tres grupos: el síncope reflejo, el debido a hipotensión ortostática y el cardiogénico (2,3,15).

Durante la gestación, los cambios fisiológicos del embarazo pueden predisponer a la mujer a presentar síncope más frecuentemente que a la mujer no embarazada. El síncope y los síntomas presincoales son tan comunes que hasta un 5% de las mujeres gestantes los presentan (5).

La presentación de los síntomas puede corresponder a exacerbaciones de patologías conocidas o nueva aparición, por lo que se debe considerar que todos los episodios sincopales durante el embarazo requieren de estudios complementarios para descartar alteraciones de mayor complejidad y asegurar el bienestar materno- fetal, objetivo principal de este trabajo.

En este estudio se busca Conocer si la presentación de la sintomatología sincopal durante el embarazo está solamente relacionada a los cambios fisiológicos y hemodinámicos de la gestación, o es la manifestación de una causa orgánica específica que incluye tanto las disfunciones autonómicas, las alteraciones cardíacas estructurales, hasta la refractariedad de tratamientos en patologías previamente diagnosticadas.

MATERIALES Y MÉTODOS: En este estudio se presentan los casos clínicos de 15 pacientes quienes consultaron por síncope durante el embarazo durante el año 2015 hasta el 2017 y se analiza la relación con patología orgánica materna.

RESULTADOS: Del total de pacientes estudiadas 9 (60%) padecían de patología cardíaca que les causaron el cuadro de síncope, en 6 (75%) de ellas, esta patología no era conocida antes de la gestación, seguido a esto, el 26,6% correspondió a pacientes con diagnóstico de síncope vasovagal, dos de ellas con diagnóstico pre gestacional, el 6.6% se relacionó a la manifestación del síncope por ortostatismo y el 6.6% restante correspondió a pacientes con otras alteraciones (epilepsia) que desencadenaron un cuadro sincopal.

CONCLUSION: Es importante realizar un estudio completo a la paciente gestante que presente síncope ya que este puede estar relacionado con patología subyacente que de identificarse a tiempo puede mejorar el resultado materno- perinatal.

PALABRAS CLAVE: Síncope, embarazo, reflejo vasovagal, arritmias, disfunción autonómica.



OPO-62

DESENLACES TRANSFUSIONALES DURANTE EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE PACIENTES CON PLACENTA ANORMALMENTE INSERTA.

Nieto-Calvache AJ, López-Girón MC, Zambrano MA, Messa-Brion A, Macia-Mejia C.

Contacto: correo: albarojosenieto@yahoo.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali – Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN La principal complicación de la placenta anormalmente inserta (PAI) es el sangrado masivo, motivando transfusiones de manera frecuente y haciendo obligatoria la disponibilidad de gran cantidad de hemocomponentes para el manejo apropiado de éstas pacientes. El diagnóstico prenatal y el manejo por un grupo interdisciplinario con experiencia específica en PAI, reduce el requerimiento de transfusiones. Describimos el impacto que la organización de un programa de manejo específico para PAI en la frecuencia de transfusiones y como los resultados pueden mejorar con el tiempo.

MATERIALES Y MÉTODOS Se realizó un estudio descriptivo prospectivo incluyendo mujeres con PAI confirmada, atendidas en la Fundación Valle del Lili entre diciembre de 2011 (cuando inicia el manejo protocolizado interdisciplinario de PAI) y febrero de 2019. Se evaluaron los resultados clínicos y la frecuencia de transfusiones en dos periodos de tiempo (2011-2016: Grupo A y 2016-2019: Grupo B) separados por la creación de la clínica de PAI en abril de 2016. Con la creación de ésta clínica, cambió el protocolo operatorio, incluyendo un grupo quirúrgico fijo, estrategia restrictiva de transfusiones, múltiples opciones operatorias para control del sangrado sin realizar histerectomía y mejoría en la comunicación entre cirujanos y anestesiólogos. Las pacientes operadas por personal diferente a los integrantes de la clínica de PAI, por haberse realizado el diagnóstico de PAI durante una cesarea motivada por otro diagnóstico, fueron consideradas el grupo control (Grupo C)

RESULTADOS Se incluyeron 66 pacientes en el análisis, 25 en el grupo A, 25 en el grupo B y 16 en el grupo C. Las mujeres del grupo B, a quienes se les abordó bajo el manejo protocolizado multidisciplinario, presentaron un menor volumen de sangrado (1800 cc vs 2000 cc en grupo A y 3620 en grupo C), menor requerimiento de transfusión de glóbulos rojos (48% vs 56 % en grupo A y 81 % en grupo C), plasma (4% vs 20 % en grupo A y 25 % en grupo C) y plaquetas (8 % vs 12 % en grupos A y C); así como una menor frecuencia de utilización de transfusión autóloga por recuperador celular (16% vs 44% en grupo A y 12 % en grupo C). Todo esto a pesar de una menor frecuencia de histerectomía.

La mediana de hemoglobina postoperatoria de 9,1 g/dL en el grupo B (comparada con 10,7 g/dL en grupo A y 8,7 g/dL en grupo C), hace suponer la posibilidad de restricción adicional a las transfusiones.

CONCLUSIÓN La adquisición de experiencia por un grupo interdisciplinario fijo en centros de referencia para el manejo de PAI, incluyendo estrategia restrictiva para transfusiones y mejor comunicación entre cirujanos y anestesiólogos, se relaciona con una menor frecuencia de sangrado y transfusión de componentes sanguíneos.

Palabras clave: Placenta accreta, transfusión de componentes sanguíneos, hemorragia posparto.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO - FLASOG -



OPO-88

NIVELES DE 25-HIDROXIVITAMINA D DURANTE DE LA GESTACIÓN: UN ESTUDIO LONGITUDINAL EN MUJERES GESTANTES SANAS Y PREECLAMPTICAS.

Agudelo-Zapata Y, Maldonado-Acosta LM,
Garcés MF, Ángel-Müller E, Parada-Baños AJ, Caminos JE y Colaboradores.

Facultad de Medicina, **Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.**

Autor de contacto: Edith Angel-Müller. E-mail: eangelm@unal.edu.co.

INTRODUCCIÓN: En el mundo existe una alta prevalencia de deficiencia de 25-hidroxitamina D (25OHVD) y se ha asociado con resultados adversos durante el embarazo. El objetivo de este estudio es comparar los niveles séricos de 25OHVD durante el embarazo, en un grupo de mujeres con preeclampsia y embarazadas sanas. También se estudió un grupo de mujeres sanas no embarazadas durante las dos fases del ciclo menstrual.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, anidado en una cohorte longitudinal prospectiva de gestantes inicialmente sanas. Fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El reclutamiento de pacientes fue realizado en el Hospital Engativá de Bogotá, entre enero de 2012 y diciembre de 2014. Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado. Los niveles séricos de 25OHVD se cuantificaron mediante inmunoensayo de quimioluminiscencia (CLIA) mediante un kit comercial, según los protocolos del fabricante. Los datos con distribución normal se informaron como media y desviación estándar (DE), los datos con distribución no normal se informaron como mediana e intervalo intercuartílico (IQR). Las diferencias estadísticas entre las variables antropométricas, hormonales y bioquímicas se establecieron con pruebas no paramétricas: prueba de Friedman, Wilcoxon o Mann-Whitney.

RESULTADOS: De la cohorte de 450 gestantes, 20 desarrollaron preeclampsia, y se seleccionaron al azar 61 gestantes, de las que tuvieron un embarazo normal, como controles. El grupo de no gestantes fue de 29 mujeres. Los niveles medios de 25OHVD en mujeres no embarazadas fueron de 31.9 ng/mL y 34.9 ng/mL durante la fase folicular y luteal respectivamente ($p < 0.01$). Los niveles séricos promedio de 25OHVD en embarazadas sanas fueron de 26.5 ng/mL, 30.1 ng/mL y 31.9 ng/mL, en el primer, segundo y tercer trimestre respectivamente ($p < 0.001$). Los niveles del primer trimestre de 25OHVD fueron más bajos que los de mujeres no embarazadas ($p < 0.001$), mostrando una recuperación significativa en el tercer trimestre.

En el grupo de embarazadas sanas, los niveles de 25OHVD fueron de 25.7 ng/mL y 27.2 ng/mL a los 3 y 6 meses posparto respectivamente; ambos valores fueron inferiores a los observados en las mujeres no embarazadas ($p < 0,001$). En mujeres con preeclampsia, los niveles séricos de 25OHVD fueron similares a los de embarazadas sanas; sin embargo, permanecieron casi sin cambios durante el embarazo.

CONCLUSIONES: No hubo diferencias significativas entre las embarazadas sanas y preeclámpticas en los niveles de 25OHVD durante todo el embarazo. Los niveles séricos de 25OHVD en mujeres no embarazadas fueron más altos durante la fase lútea. Los niveles de 25OHVD de las mujeres no embarazadas tendieron a ser más altos que los de las embarazadas.

PALABRAS CLAVE: “25 hidroxivitamina D”, embarazo, preeclampsia.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



OPO-116

DESCRIPCIÓN DE DESCENLACES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS DE LA COHORTE DE PACIENTES CON HEMORRAGIA POSPARTO SEVERA QUE REQUIRIERON TRASFUSION Y/O ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ROJO, ENTRE 1 ENERO DEL 2015 Y 31 DICIEMBRE 2016 EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO, BOGOTÁ, COLOMBIA

AUTORES:

Reyes J A. MD*, Acosta D Z. MD*, Martínez R A. MD MSc(c)**

*Departamento de Ginecología y obstetricia

**Unidad de Medicina Materno Fetal

INSTITUCION: Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, Colombia)

Autor principal: jareyesr@husi.org.co

INTRODUCCION:

Uno de los principales indicadores de desarrollo de una nación y de calidad de la atención en salud pública de una población o una nación es el índice de morbilidad y mortalidad materna. La hemorragia postparto es una emergencia obstétrica, algunas veces prevenible, que se considera es la principal causa de morbilidad materna. Como Institucion vimos importancia de describir la incidencia, manejo y desenlace de ésta patología en nuestro hospital

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo

Se realiza la construcción de una base de datos, donde se reúnen los datos epidemiológicos e información de la historia clínica en relación con las variantes evaluadas en nuestro estudio. Se obtiene la muestra de estudio a través de cruzar la lista de las pacientes atendidas en san Ignacio en quienes se activó código rojo, junto con las pacientes registradas por el laboratorio clínico, que recibieron transfusión sanguínea en relación con hemorragia posparto.

RESULTADOS:

Dentro de los principales resultados, encontramos que 22 pacientes, correspondiente a un 28.9% del total de la muestra, requirió manejo con alguno de los siguientes: Histerectomía total o subtotal o legrado obstetrico. 28 pacientes requirieron manejo adicional con terapia transfusional, correspondiente a un 36.8 % de las pacientes. Adicionalmente 29 pacientes requirieron vigilancia en la Unidad de Cuidados Intensivos después de la estabilización y manejo de la hemorragia postparto, correspondiente a un 38.1 % de las pacientes. Para el tiempo de estudio, un total de dos años, el gasto la atención de todas las pacientes del estudio estuvo en \$ 288.752.259 pesos para servicios POS y \$ 10.681.000 pesos para servicios NO POS; para un total de \$ 299.433.259 pesos colombianos

CONCLUSIÓN:

Tanto la incidencia como los principales factores de riesgo de esta condición, son similares a los descritos en la literatura. La mayoría de las pacientes responden al manejo médico, un porcentaje no despreciable requiere manejo quirúrgico, transfusional y vigilancia en UCI. La



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



hemorragia posparto tiene un gran impacto en la salud de las maternas, con alto impacto económico para las instituciones y entidades de salud, por lo que es de vital importancia, seguir los protocolos institucionales y departamentales establecidos, contando con los requisitos necesarios para brindarle a cada paciente una atención completa y segura.

PALABRAS CLAVE: postpartum haemorrhage, prevention, risk factor

BIBLIOGRAFIA

1. No GT. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *Bjog*. 2016;124:e106-49.
2. Mehrabadi A, Hutcheon JA, Lee L, Kramer MS, Liston RM, Joseph KS. Epidemiological investigation of a temporal increase in atonic postpartum haemorrhage: a population-based retrospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2013 Jun;120(7):853-62.
3. Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015(6).
4. Weeks A. The prevention and treatment of postpartum haemorrhage: what do we know, and where do we go to next?. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015 Jan 1;122(2):202-10.
5. Manual de Código Rojo Secretaria Salud Bogotá
6. Bagga R Jain, J. The impact of postpartum hemorrhage in near miss, morbidity and mortality in developing countries. *Eur Clinics Obstet Gynaecol* 2009 2: 161/9



GPO-25

EMBARAZO ESPONTÁNEO LUEGO DE ISTMOPLASTIA EN PACIENTES CON INFERTILIDAD MULTIFACTORIAL.

Osorio-Ramírez W. MD.^{a*} Tamayo-Hussein S. MD.,^a Giraldo-Moreno J. MD.,^a Posada-Villa N. MD.,^a y Cano-Franco J. MD, MSc.^a

*Correspondencia: Instituto Antioqueño de Fertilidad Humana - InSer. Calle 12 # 39 – 60, Medellín – Colombia. e-mail: wosorio@inser.com.co

INSTITUCIÓN: ^aInSer. Instituto de Fertilidad Humana. Medellín - Colombia.

OBJECTIVO: Describir los resultados de éxito reproductivo luego de istmoplastia, en las pacientes con historia de infertilidad secundaria multifactorial.

MATERIALES Y MÉTODOS: Serie de casos retrospectiva de 13 pacientes que consiguieron embarazarse de manera espontánea luego del tratamiento quirúrgico del istmocele como causa única o parcial de su infertilidad.

- **Poblacion de estudio:** Pacientes con diagnóstico de infertilidad secundaria asociada a istmocele, independientemente de la existencia o no de otras causas de infertilidad.
- **Resultados primarios:** Embarazo espontáneo luego de la corrección anatómica del defecto.
- **Intervención:** Histeroscopia quirúrgica con óptica de 0° (Karl Storz GmbH & Co.) y resectoscopio de 9 mm con energía monopolar, utilizando glicina al 1,5% como medio de distensión uterina. Iniciamos el procedimiento con ablación y coagulación con roller-ball de los vasos sanguíneos tortuosos y tejido inflamatorio en el fondo del defecto. Dependiendo de los hallazgos preoperatorios e intraoperatorios, sobre la profundidad y extensión de la lesión, se determinó la necesidad de hacer una resección del borde distal y/o proximal del defecto para alinear sus bordes con el tracto de salida del canal cervical. En ocasiones las pacientes necesitaron una segunda intervención quirúrgica; el criterio para reintervenir fue la persistencia de líquido postmenstrual en la cavidad uterina luego de 2 periodos menstruales postquirúrgicos. En este caso se realizó una istmoplastia laparoscópica asistida por histeroscopia para delimitar adecuadamente los bordes del defecto mediante transiluminación; luego resecar completamente el tejido fibroso por laparoscopia y realizar una histerorrafia en varios planos. Todas las pacientes se evaluaron en la semana siguiente a la cirugía para registrar su evolución postoperatoria.

RESULTADOS: 13 pacientes lograron embarazarse de manera espontánea luego de la istmoplastia incluyendo 5 pacientes con pérdida gestacional recurrente, 4 pacientes que habían recibido inducción de la ovulación y una paciente que había recibido un tratamiento con técnicas de reproducción asistida (TRA) con inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) y 2 transferencias de embriones previo a la istmoplastia. Todas ellas tenían otros diagnósticos como causas de infertilidad: 7 pacientes con factor masculino asociado, 5 pacientes con edad reproductiva avanzada, endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, entre otros. Actualmente 10 pacientes tienen bebés nacidos vivos en casa, una



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



paciente cursa con embarazo mayor de 25 semanas, una paciente presentó embarazo ectópico y otra presentó 2 embarazos bioquímicos.

CONCLUSIÓN: Presentamos los resultados reproductivos exitosos en pacientes que, a pesar de tener pérdidas gestacionales recurrentes o infertilidad multifactorial, incluso con necesidad de TRA, lograron embarazarse de manera espontánea luego de la corrección quirúrgica del istmocele. Se propone a la istmoplastia como un tratamiento suficientemente efectivo y conservador para conseguir un microambiente uterino saludable para el éxito reproductivo.

PALABRAS CLAVE: Cesarean scar defect, Isthmocele, Myometrial thickness, Hysteroopic Repair.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



GPO-27

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE ESCALA MRS (MENOPAUSE RATING SCALE) EN PACIENTES MENOPAUSICAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO HORMONAL COMPARADO CON PACIENTES QUE NO RECIBEN TRATAMIENTO

Autores: Carmona-Pertuz J (vjcarmona7hmc@yahoo.com), Torres-Valencia N, Rojas-Urquijo J

Institución: Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Introducción: La menopausia es definida como la cesación permanente de los periodos menstruales, causante de múltiples síntomas, cambios fisiológicos y morfológicos para la cual se cuenta con amplias opciones terapéuticas, en su mayoría de base hormonal, a la cual se le atribuyen varios efectos adversos. El objetivo del estudio fue determinar la puntuación de la escala MRS en pacientes menopaúsicas usuarias del Hospital Militar Central sin tratamiento comparada con aquellas en tratamiento hormonal, al igual que la descripción en sus tres dominios y el tratamiento usualmente prescrito.

Metodología: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico, aplicando la escala Menopause Rating Scale en pacientes menopaúsicas pertenecientes a la población usuaria del Hospital Militar Central. La MRS es un cuestionario con 11 ítems, que contempla tres dominios: Somático, psicológico y urogenital. Fue una Investigación sin riesgo dado que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Resultados: Se aplicaron 54 encuestas, 27 para cada grupo (Grupo 1 con tratamiento, Grupo 2 sin tratamiento), el tratamiento más utilizado para los síntomas de la menopausia fue la Tibolona en un 59.2%. El promedio de calificación global de la encuesta fue de 13.2, con una DE 7.3 y la peor variable calificada fue molestias musculares y articulares. El promedio de calificación de la encuesta en el Grupo con tratamiento fue de 13.9 con DE 7.27 y en el Grupo sin tratamiento fue de 12.5 con DE 7.4, sin significancia estadística ($p > 0.009$) y el análisis de los grupos para cada ítem del cuestionario, tampoco mostró diferencias significativas en ninguno de los ítems evaluados ($p > 0.05$). Sin embargo, en el análisis de las variables del cuestionario de calidad de vida según el estado de ocupación, se encontraron diferencias significativas para las variables de Ansiedad ($p < 0.05$), problemas sexuales ($p < 0.016$) y trastornos miccionales ($p < 0.039$), con puntuaciones más bajas en el cuestionario para estas variables en el grupo de mujeres con alguna forma de empleo.

Conclusión: No hubo diferencias estadísticamente significativas en la escala de calidad de vida entre pacientes con tratamiento vs no tratamiento para los síntomas de la menopausia. El único factor que parece influir de manera significativa en nuestra población menopáusica en la escala de calidad vida fue el estado de ocupación, con puntuaciones es más bajas en las esferas psicosocial y urogenital. Esto demuestra la necesidad de un enfoque integral en el tratamiento de la paciente menopáusica, ofreciendo no solo manejo médico de los síntomas, sino una incorporación multidisciplinaria para lograr una mejoría clara en la calidad de vida de las pacientes.

Palabras claves: Menopause, Quality of life, Menopause Rating Scale



PERCEPCIONES ACTUALES SOBRE EL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL

Montealegre-Castillo F, Avila-Sanchez F, Hincapié-Korgi MA, Ortiz-Tenorio V.
Correo electrónico: fmontealegre1@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La terapia de reemplazo hormonal (TRH) es un tratamiento efectivo para los síntomas asociados a la menopausia, sin embargo, la seguridad de esta terapia continúa siendo controversial en la práctica médica. El estudio Women's Health Initiative (WHI) publicado en Julio de 2002 generó gran impacto al ser suspendido por resultados preliminares que reportaban incremento en el riesgo de cáncer de mama y enfermedad cardiovascular en mujeres manejadas con TRH. Esto generó un descenso en el uso de esta terapia durante las siguientes décadas.

Años después la evidencia publicada en este estudio fue revaluada, aclarando que el incremento en el riesgo de cáncer de mama es realmente bajo y que al centrarse en pacientes menores de 60 años, sin enfermedad cardiovascular, la TRH no incrementa el riesgo, si no que por el contrario reduce la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

Han pasado más de 15 años desde la publicación del WHI, y en ocasiones la información sigue siendo contraria. Es por esto que consideramos importante determinar las percepciones que actualmente tienen los médicos Colombianos, incluyendo médicos generales, y especialistas de Ginecología y Obstetricia, acerca del uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una encuesta la cual fue distribuida en la Fundación Valle del Lili, en Cali, Colombia, en el ámbito de un simposio internacional al cual asistieron ginecólogos y médicos generales de diferentes áreas del país e invitados internacionales en Junio de 2018. La encuesta había sido previamente evaluada por expertos en el área de menopausia. Se utilizó un cuestionario estructurado que incluía 13 preguntas evaluando el conocimiento, opiniones y prácticas frente a la TRH.

RESULTADOS: Se recolectaron en total 70 encuestas, el 52% fueron contestadas por Ginecólogos, y 48% por Médicos generales. Casi la totalidad (95%) de los ginecólogos consideran que la TRH conlleva más beneficios que riesgos, al igual que en el grupo de los médicos generales, donde el 79% coinciden con esta respuesta.

Sobre el riesgo cardiovascular, el 73% de los ginecólogos consideran que existen más beneficios que riesgos con el uso de TRH, sin embargo en el grupo de los médicos generales, las opiniones varían y el 36% consideran que existen más riesgos cardiovasculares que beneficios. A pesar de que se reconoce que en general la TRH es más beneficiosa, al indagar sobre la prescripción de ésta en mujeres asintomáticas y sin contraindicaciones el 75% de los ginecólogos y de los médicos generales no prescribirían la TRH a estas pacientes. Al final, el 100% de los encuestados consideran necesario mayor capacitación e información al respecto.

CONCLUSIÓN: La percepción actual de los médicos generales y ginecólogos Colombianos sobre la TRH se inclina hacia sus beneficios teóricos. Sin embargo, estas percepciones no se ven reflejadas en las prácticas médicas. Es importante universalizar el conocimiento entre



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



los ginecólogos sobre la TRH, para así poder reconocer sus beneficios, y traducirlo en beneficio para nuestras pacientes.

PALABRAS CLAVE: Terapia de reemplazo hormonal, Menopausia, Climaterio



GPO-44

¿CUÁLES SON LAS VARIABLES PARA ESTABLECER UN PERFIL DE RESERVA OVÁRICA EFICIENTE?

AUTOR(ES): Puccini-Santamaría G*, Cubillos-García J, Mendoza-Avila JC, Ruiz-Camero H, Arango-González A.

*e-mail: giupusa@gmail.com

INSTITUCIÓN: Asociados en Reproducción Humana, Bogotá, Colombia

INTRODUCCION:

Se han propuesto en la literatura diferentes variables biofísicas (laboratorio y ecográficas) para valorar la reserva ovárica, previo a la estimulación para tratamiento de infertilidad. Diseñamos un perfil de reserva ovárica que involucró dichas variables, las cuales fueron aplicadas en conjunto a nuestras pacientes para dar un pronóstico generalizado. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar cada variable de manera independiente para definir la mayor eficiencia de cada una de ellas.

MATERIALES Y METODOS:

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 y aplicadas en conjunto y sus valores fueron: edad (años): óptima (20-35), aceptable (36-39), reducida (40-45) y pobre (>46). Índice de masa corporal (peso(Kg)/Talla²): óptima (18-25), aceptable (26-30), reducida (31-35) y pobre (>35). Hormona Folículo Estimulante -FSH- (mU/ml): óptima (<8), aceptable (8-10), reducida (10.1-15) y pobre (>15). Estradiol (pg/ml): óptima (<50), aceptable (50-60), reducida (60.1-75) y pobre (>80). Hormona Antimülleriana (ng/ml): óptima (>3.5), aceptable (3.5-0.7), reducida (0.69-0.3) y pobre (<0.3). Volumen ovárico promedio (cm³): óptima (6.5-10), aceptable (4.0-6.0), reducida (2.0-3.0) y pobre (<2.0). Recuento folicular antral (número): óptima (>8), aceptable (4-7), reducida (3) y pobre (>3). 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 (\pm)4) y no eran obesas (IMC: 23,1 (\pm) 3,8). 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, Hormona antimulleriana, Foliculoestimulante, Luteinizante.



CARACTERIZACIÓN DEL DESCENSO DE LA HORMONA ANTIMÜLLERIANA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA COMO HERRAMIENTA DE CONSEJERÍA PARA DE DETERMINAR LA MEJOR EDAD PARA PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD.

Autores: Montoya-Botero, Pedro^{a,b}; Montoya, Juan Manuel^a; Castro, Angélica^a; Torres, Alejandra^a; Borrero, Claudia^a

^a Conceptum - Unidad de Fertilidad del Country. Bogotá, Colombia. 110221

^b Autor de contacto

Autor de contacto

Pedro Montoya-Botero pmontoya@conceptum.com

INTRODUCCIÓN:

La hormona antimülleriana (HAM) es un péptido de la superfamilia del factor de crecimiento transformante- β producido en el folículo ovárico. La HAM está presente en folículos pequeños en crecimiento. Su producción disminuye cuando los folículos pasan por etapas terminales de maduración. La HAM refleja precisamente la totalidad de folículos, proporcionando una evaluación directa de la reserva ovárica. Así, se ha convertido en una de las principales herramientas para aconsejar una edad para la preservación social de la fertilidad (PSF). El presente trabajo pretende caracterizar los niveles de HAM en una población de mujeres en edad reproductiva, buscando encontrar la edad de mayor disminución y de esta forma, dar consejería a las pacientes que desean posponer el embarazo o hacer PSF.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizó de forma retrospectiva una base de datos de mujeres en edad reproductiva que consultaron a Conceptum entre mayo-2015 y enero-2019 para obtener los datos demográficos y valores de HAM. Se realizó el análisis de la HAM con dos pruebas de laboratorio diferentes, ambas ampliamente validadas en la literatura. La primera, hasta julio-2017 (Elecys® AMH, Roche Diagnostics, Suiza) y la segunda, de 2017-2019 (VIDAS® Anti-Müllerian Hormone, BioMérieux S.A, Francia). Se incluyeron un total de 302 muestras provenientes de 292 pacientes de nuestro centro.

RESULTADOS:

La edad media en años fue 35.8 (\pm 6.4) y el valor medio de HAM en ng/mL fue 2.7 (\pm 2.8). En el grupo de pacientes \leq 30 años, la edad media fue de 25.8 (\pm 3.4) y se encontró una HAM media de 4.45 (\pm 3.72). En el grupo de 31 – 35 años la edad media fue de 33.4 (\pm 1.3) y la HAM media fue de 3.07 (\pm 2.68). En las mujeres de 36 – 39 años, la edad media fue de 37.2 (\pm 1.21) y la HAM media fue de 2.45 (\pm 2.5). Por último, en pacientes $>$ de 39 años la edad media fue de 42.5 (\pm 2.8) y la HAM media fue de 1.64 (\pm 1.87). La mayor diferencia en la HAM se encontró entre los grupos \leq 30 años y 31 – 35 años (1.33 ng/mL).

CONCLUSIONES:



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



La disminución en la HAM con la edad es evidente y en nuestra población se comportó de forma similar a como se ha reportado en la literatura. El mayor descenso se observa En > 38 años, pero encontramos una diferencia entre grupos mayor luego de los 31 años por lo que la consejería debería estar orientada hacia entrar en un programa de preservación de la fertilidad a la menor edad posible una vez se sepa que se quiere posponer la maternidad.

Palabras clave: hormona antimülleriana, preservación de fertilidad



GPO-94

MALIGNIZACION DE ENDOMETRIOMA DE LA PARED ABDOMINAL REPORTE DE CASO

AUTOR(ES):

Córdoba-Chamorro A, Puentes-Puente L, Mora-Padilla E

Acordoba2@fucsalud.edu.co

INSTITUCIÓN:

Departamento de ginecología Oncológica, Hospital universitario de san José Fundación universitaria de ciencias de la salud, Bogotá, Colombia

INTRODUCCION:

La endometriosis puede ocurrir en ubicaciones extra pélvicas incluyendo casi todas las cavidades del cuerpo, perineo y pared abdominal. Los endometriomas de la pared abdominal usualmente ocurren como un proceso secundario a las cirugías ginecológicas, con mayor frecuencia cesárea, con una incidencia estimada entre 0.03 a 0.45% en las diferentes series reportadas en la literatura y de los cuales tan solo el 1% pueden malignizarse.

Fisiopatológicamente se explica el crecimiento de un endometrioma como un evento secundario al implante de tejido decidual - endometrial luego de una intervención ginecológica y/o el crecimiento de endometriosis intraperitoneal preexistente, sumado a una predisposición inmunológica.

El periodo de latencia desde una intervención quirúrgica hasta la presentación clínica del endometrioma puede ir desde 1 mes post hasta 20 años, se presenta principalmente en mujeres en edad reproductiva por ser una entidad estrógeno dependiente.

MATERIALES Y METODOS:

Paciente de 34 años quien consulta por cuadro de dismenorrea desde la menarquia, antecedente de dos cesáreas, al examen físico con lesión nodular en pared abdominal en relación con cicatriz quirúrgica, reporte de Ca 125 en 696.60, ecografía pélvica dentro de límites normales, hallazgos en resonancia de abdomen y pelvis de engrosamiento y distorsión de los músculos rectos en la región suprapúbica de la pared abdominal, conglomerado de 84*68*39 mm. Con lo cual se hace diagnóstico de endometriosis de la pared abdominal, se lleva a resección donde se evidencia lesión de 10 x 15 cm, reporte de patología de adenocarcinoma moderadamente diferenciado de apariencia endometriode.

Dado la rareza de presentación de un adenocarcinoma endometriode primario en pared abdominal, se estudian posible origen endometrial y/o ovárico como primarios, es llevada a legrado ginecológico reportado como negativo para hiperplasia y malignidad, endometrio proliferativo, TAC de control con lesión quística anexial, ante sospecha de primario ovárico se decide llevar a citoreducción, con reporte de patología: útero adenomiotico, parametrios e istmo con endometriosis, vaciamiento ganglionar 72 ganglios libres de tumor, es valorada por oncología clínica y ante no estándar de manejo para esta entidad, se decide observación clínica, paciente sin evidencia de recaída tumoral luego de 8 meses de seguimiento.

RESULTADOS:



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



Se consideró que se trata de un caso raro de un adenocarcinoma endometriode primario de la pared abdominal, teniendo en cuenta que el tipo histológico más común es el adenocarcinoma de células claras (62%). Los criterios histopatológicos de Sampson-Scott, tales como la coexistencia de tejido endometrial benigno y maligno en el tumor, apariencia histológica consistente con origen endometrial y excluir otro sitio primario tumoral permiten confirmar el diagnóstico.

CONCLUSIONES:

La malignización de los endometriomas de la pared abdominal es una entidad clínica rara y el tipo histológico endometriode es aún más rara, en cuanto al manejo la escisión local amplia con márgenes libres es el punto clave para prevenir la recurrencia.

PALABRAS CLAVE:

Endometrioma, pared abdominal, adenocarcinoma endometriode



EMBARAZO DE 18 SEMANAS Y CÁNCER EPITELIAL MUCINOSO: REPORTE DE UN CASO

Autor: Quijano-Atencio T (tatianaquijanomd@gmail.com)

Institución: Hospital San José, Bogotá, Colombia

Introducción

Las masas anexiales se presentan en 4-8 por 100,000 embarazos, 1 % son malignas, comúnmente no epiteliales. El cáncer ovárico epitelial en pacientes embarazadas, rara entidad, eleva su frecuencia por la postergación de la maternidad, su manejo es un reto por la falta de casos y escasa literatura.

Paciente de 22 años, G1, embarazo 18 5/7 semanas, acude por dolor en hipogastrio. Se encuentra masa anexial compleja de 13 centímetros y marcadores tumorales elevados. En resonancia magnética se haya lesión expansiva soli-quística de 17 centímetros. En laparotomía exploratoria se encuentra masa abdomino-pélvica con histología epitelial mucinosa.

Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente embarazada con cáncer epitelial mucinoso y realizar la revisión del tema.

Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda en Pubmed ingresando las palabras claves; filtrando por textos completos, gratuitos y últimos cinco años, incluyendo reportes de casos y revisiones; excluyendo artículos que no diagnostiquen, traten o analicen pacientes embarazadas con cáncer de ovario, se revisan referencias cruzadas obteniendo 11 artículos. Se presenta caso de paciente con embarazo de 18 semanas de gestación y cáncer epitelial mucinoso.

Resultados

El diagnóstico del cáncer en pacientes embarazadas es difícil, los síntomas característicos del embarazo y el agrandamiento del útero crean distractores.

Los marcadores tumorales tienen valor limitado, el CA 125 se eleva. La proteína 4 humana epididimal no cambia durante el embarazo pudiendo tener utilidad en diagnóstico y manejo.

El ultrasonido es la herramienta preferida, por su alta sensibilidad y especificidad. A masas sugestivas de malignidad se realiza resonancia magnética, el uso de contraste y tomografía axial computarizada se desalienta.

El manejo del cáncer de ovario epitelial incluye estadiaje quirúrgico, cirugía de citoreducción y quimioterapia adyuvante, se recomienda tratar a la paciente embarazada de igual a la no embarazada. Se prefieren incisiones de línea media con adecuada exposición y mínima manipulación uterina, la laparoscopia es útil en casos seleccionados.

La quimioterapia adyuvante se realiza de acuerdo a guías de pacientes no embarazadas, con derivados de platinos y paclitaxel, administrados con mayor seguridad durante el segundo y tercer trimestre, suspendidos tres semanas antes del parto, para evitar mielosupresión fetal.

El desenlace oncológico no es contundente, sin embargo presentan frecuentemente detecciones tempranas mejorando la supervivencia. Este aumenta las pérdidas fetales, la prematuridad y la restricción del crecimiento fetal. Sin embargo en cohortes del 2015 se reportan 81 % de recién nacidos vivos.

Conclusiones



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



Cáncer de ovario epitelial en el embarazo es poco común, ha aumentado en las últimas décadas, hay una franca carencia de información. Su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y adyuvante debe realizarse igual a una paciente no embarazada. El abordaje quirúrgico y quimioterapia se recomiendan en el segundo y tercer trimestre, resultados oncológicos son parecidos a pacientes no embarazadas, dependen del estadio e histología del cáncer, resultados fetales son alentadores.

Palabras claves:

Ovarian Neoplasm, Epithelial Ovarian Cancer, pregnancy



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



VIDEOS

GV-14

LABIOPLASTIA CON LASER CO2 SIN SUTURA, PRESENTACIÓN DE 65 CASOS

Autor: Acosta-Osio GI, Profesor Emérito Universidad Metropolitana, Director Clínica de Ginecología Cosmética, Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Barranquilla, Atlántico. gacostao@yahoo.com, gacosta1@unimetro.edu.com

Institución: Universidad Metropolitana y Fundación Hospital Universitario Metropolitano. Barranquilla, Atlántico, Colombia.

Introducción: La solicitud de cirugía para labioplastia femenina continúa aumentando. Se tienen muchas dudas sobre cuál es la mejor técnica y sobre su seguridad. Presentamos una técnica sin sutura.

Objetivos: El propósito de este estudio es presentar la técnica realizando el corte con láser de CO2 sin sutura y, evaluar las complicaciones inmediatas o tardías y la seguridad.

Métodos: Revisión descriptiva retrospectiva de 65 casos de reducción de labios menores sin sutura, desde octubre del 2015 a diciembre 2017.

Resultados: En el período de estudio, a 65 pacientes se les realizó labioplastia con Laser CO2 sin sutura, de estos, 8 (12.3%) fueron en 2015, 26 (40%) fueron en el 2016 y 31 (47.7%) en el 2017. No se reportaron complicaciones mayores.

Conclusiones: La labioplastia realizada adecuadamente, por un profesional entrenado con el Laser de CO2, es una técnica segura con una tasa de complicaciones muy baja y proporcionó resultados estéticos, funcionales y emocionales muy satisfactorios para este grupo pacientes, además de presentar una novedosa técnica que evita las suturas.

Palabras claves: Labioplastia sin sutura, Laser CO2, Ginecología Cosmética.



GV-23

ISTMOPLASTIA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR HISTEROSCOPIA. TRATAMIENTO ÓPTIMO PARA GRANDES DEFECTOS EN LA CICATRIZ DE LA CESÁREA.

Giraldo-Moreno J. MD.,^a Salazar-López S. MD.,^a Cano-Franco J. MD., MSc.,^a Tamayo-Hussein S. MD.,^a Posada-Villa N. MD.,^a y Osorio-Ramírez W. MD.^{a*}

* Correspondencia: Instituto Antioqueño de Fertilidad Humana - InSer. Calle 12 # 39 – 60, Medellín – Colombia. e-mail: wosorio@inser.com.co

INSTITUCIÓN: ^aInSer. Instituto de Fertilidad Humana. Medellín - Colombia.

OBJECTIVO: Describir nuestra técnica quirúrgica para el tratamiento de grandes defectos en la cicatriz de la cesarea y los resultados en 8 pacientes con diagnóstico de infertilidad secundaria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción en video de la técnica quirúrgica de istmoplastia laparoscópica asistida por histeroscopia; y reporte de los resultados reproductivos en una serie de casos retrospectiva de 8 pacientes.

- **Poblacion de estudio:** Pacientes con diagnóstico de infertilidad secundaria y con persistencia de líquido postmenstrual en la ecografía, se identificó un istmocele grado 3 en todas ellas y una pared miometrial residual menor de 3 mm.
- **Resultados primarios:** Embarazo evolutivo y corrección anatómica del defecto.
- **Intervención:** Histeroscopia diagnóstica y visualización interna del defecto. Disección de la vejiga por laparoscopia para descubrir la cicatriz de la cesárea en la pared anterior del segmento uterino. Identificación de los bordes de la lesión por medio de transiluminación histeroscópica. Resección del tejido cicatricial de la cesarea con corte frío hasta conseguir bordes de miometrio sano, colocación de bujía de Hegar en el cérvix para mantener la continuidad entre el canal cervical y la cavidad uterina. Histerorrafia en 2 planos con sutura barbada. Cierre del peritoneo visceral.

RESULTADOS: Intervenimos 8 pacientes con diagnóstico de istmocele grado III, con edad promedio de 36 años entre el año 2014 y el 2018; 4 de ellas se habían intervenido previamente con istmoplastia histeroscópica sin lograr un resultado satisfactorio. Evaluamos los resultados de embarazo luego de istmoplastia laparoscópica independientemente de la necesidad de otros tratamientos reproductivos ya que el total de las pacientes presentaron otros diagnósticos como causas de infertilidad: Edad reproductiva avanzada en el 62% de ellas (n:5), factor tubárico 25% (n:2), endometriosis, adenomiosis, septum uterino e hipotiroidismo. 6 pacientes se embarazaron (75%), 5 de ellas tienen hoy un nacido vivo (62.5%) y una presentó 2 embarazos bioquímicos. Adicionalmente, 2 pacientes se intervinieron recientemente; una de ellas está en manejo expectante y otra será llevada a histeroscopia por persistencia de líquido en la cavidad uterina.

CONCLUSIÓN: Presentamos una técnica quirúrgica que aborda de la manera más segura posible los defectos grandes de la cicatriz de la cesárea cuando el grosor miometrial residual es menor de 3 mm. Logramos una corrección anatómica en todas las pacientes y esto es necesario para conseguir un microambiente uterino saludable para el éxito reproductivo. Se



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



necesitan más estudios para evaluar la fisiopatología del istmocele, determinar sus factores de riesgo y el porcentaje de falla terapéutica con la istmoplastia.

PALABRAS CLAVE: Cesárea, Istmocele, Istmoplastia laparoscópica, Miometrio.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



GV-53

RESECCION LAPAROSCOPIA DE TERATOMA QUISTICO DE OVARIO CON MULTIPLES CONCRECIONES SOLIDAS.

AUTOR(ES):

Ramirez-Mejia J. E-mail: Laparoscopiacountry@hotmail.com

Campos-Vargas G. E-mail: gloriaecamposv@hotmail.com

Garizábalo-Alfaro J. E-mail: jlgarizabalo@gmail.com

INSTITUCIÓN: Clínica El Country, Bogotá D.C., Colombia.

INTRODUCCION: Se deben consignar preferencialmente los objetivos del trabajo.

MATERIALES Y METODOS: Se trata de la edición de un video de laparoscopia que busca presentar una técnica específica y útil para la resección de un teratoma quístico maduro (o quiste dermoide) que por su tamaño y consistencia resulta ser un reto para su extracción por laparoscopia. Se utilizó para la edición del video el programa iMovie, con una duración menor a de 5 minutos en formato mp4.

RESULTADOS: El video describe la técnica, el instrumental manipulado y una breve revisión académica

CONCLUSIONES: Se requiere de un estudio previo por imágenes de la masa que permita descartar malignidad, que identifique el tamaño, consistencia y anatomía de la paciente para lograr el procedimiento de forma mínimamente invasiva y que le brinde los mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: Teratoma, Quiste dermoide, Laparoscopia, Concrecciones Solidas.



GV-106

RECANALIZACION TUBARICA

AUTORES: Ángel David Miranda, Carlos G. Castro, Paola Iglesias Fandiño.

INSTITUCION: Hospital San José/FUCS – Bogota Colombia

Autor principal: Paola Iglesias Fandiño

TIPO DE PRESENTACION video

RESUMEN

Introducción y objetivos:

El 63 % de todas las mujeres entre los 15-49 años utilizan un método anticonceptivo. Se considera que la esterilización tubárica corresponde a el 30 % de todos los métodos anticonceptivos. 5-20 % de las mujeres esterilizadas se arrepienten de esta decisión. 1-2% solicitan reversión de la esterilización. Factores tales como la edad temprana y un bajo nivel socioeconómico. Existen diferentes técnicas de reversión quirúrgica para la recuperación de la permeabilidad tubárica.

El objetivo del video es mostrar la experiencia institucional del Hospital de san José, en el manejo de la recanalización tubarica como una opción que se puede brindar a las pacientes con deseo de fertilidad posterior a la realización de pomey, teniendo en cuenta que esta técnica quirúrgica en manos de cirujanos expertos tiene mejor tasa de embarazo que la fertilización In Vitro.

Materiales y métodos:

Presentamos el video de una paciente de 35 años, llevada a pomey hace 12 años con nueva pareja y deseo de fertilidad G3P3V3, sin antecedentes patológicos, antecedente quirúrgico: pomey, IMC: 28 quien fue llevada a recanalización tubarica por laparoscopia el día 17 enero 2019 con uso de micro instrumental quirúrgico de 3 mm.

Resultados:

La recanalización tubarica logra la reconstrucción anatómica de la trompa, lo cual permite la posibilidad de más de 1 embarazo posterior a su realización. La decisión de elegir entre la FIV o la reversión de la esterilización se basa principalmente en la preferencia de la paciente, la elección de un tratamiento primario para las pacientes depende de una evaluación cuidadosa teniendo en cuenta la edad y factor masculino. La fertilización In Vitro se considera una opción para las pacientes que no cumplen criterios para poder ser llevados a un procedimiento quirúrgico además se debe tener en cuenta los Riesgos de morbilidad perinatal

Conclusiones:

La recanalización tubarica ofrece un manejo quirúrgico con un bajo costo en comparación con las técnicas de fertilización asistida para las pacientes con deseo de paridad, siempre y cuando cumpla con los criterios para el manejo quirúrgico.

Anastomosis tubo-tubárica para la reversión de la esterilización, ya sea realizado por una técnica microquirúrgica a través de mini-laparotomía o por laparoscopia, es preferible a la FIV en mujeres jóvenes sin otros factores de infertilidad, ya que ofrece las tasas de embarazo acumulativos más altas. Por lo tanto, se considera importante la formación de nuevos programas para continuar la enseñanza de las habilidades quirúrgicas y fomentar la práctica.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



PALABRAS CLAVE: recanalización tubarica, embarazo, pomeyoy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paul PG, ET AL. Fertility outcome in laparoscopic single tube reanastomosis. laparoscopic single tube reanastomosis. *J Reprod Med* 2015;1-2:30-36.
2. Victor Gomel, The place of reconstructive tubal surgery in the era of assisted reproductive techniques, 2015 Reproductive Healthcare Ltd. Published by Elsevier Ltd.
3. Victor Gomel,ET AL. Microsurgical principles and postoperative adhesions: lessons from the past. 2016 by American Society for Reproductive Medicine.
4. Charles h. koh, et al, Laparoscopic Microsurgical Tubal Anastomosis, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, volume 26 number 1, march 1999.
5. Natalia Florina BUINOIUa, Ana Maria PANAITESCUb, Radu BOTEZATUa, Corina MATa, Tiberiu Mihail DAIAa, Gheorghe PELTECUc, Nicolae GICAA, Laparoscopic Tubal Reanastomosis Outcomes – Case Reports Journal of Clinical Medicine 2018.
6. Jacoba A.H. van Seeters^{1,*}, Su Jen Chua², Ben W.J. Mol², and Carolien A.M. Koks³ Tubal anastomosis after previous sterilization: a systematic review Human Reproduction Update, Vol.23, No.3 pp. 358–370, 2017
7. Jennifer Hirshfeld-Cytron, Laparoscopic tubal reanastomosis vs invitro fertilization, American Journal of Obstetrics & Gynecology 2013.



GV-119

TÉCNICA DE LA BIOPSIA POR CONGELACIÓN UTERINA EN CÁNCER ENDOMETRIAL: CÓMO SE HACE?. A PROPÓSITO DE UN CASO

AUTOR(ES): Rodriguez-Castillo JL (julianalrc@hotmail.com), Castro Villar JC, Trujillo Sanchez LM, Beltrán MI, Grupo de Ginecología Oncológica

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

INTRODUCCION: El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más común en países desarrollados y la cuarta en mujeres a nivel mundial. Recientemente se ha reemplazado la linfadenectomía sistemática en estadios tempranos por herramientas diagnósticas alternativas que permitan una adecuada evaluación ganglionar, sin una morbilidad significativa. Entre estos se cuenta con la detección de ganglio centinela y la biopsia por congelación uterina. Se presenta el video de la técnica de la biopsia por congelación uterina en cáncer endometrial a través de un caso clínico.

PRESENTACION DEL CASO: Paciente de 54 años con historia de sangrado vaginal anormal postmenopáusico. Es llevada a biopsia endometrial. Reporte de patología muestra adenocarcinoma bien diferenciado FIGO 1 grado nuclear 1. Se solicitan estudios de extensión, incluida una resonancia magnética nuclear de pelvis y abdomen que muestra útero con compromiso tumoral de <50% de invasión al miometrio, sin enfermedad extreauterina, no compromiso ganglionar. Se considera un presunto estadio I y se programa para histerectomía total, salpingooforectomía bilateral y biopsia por congelación uterina por laparoscopia. Según reporte de congelación se definiría realización de linfadenectomía pélvica y paraaórtica.

Paciente llevada a cirugía por vía laparoscópica, se envía intraoperatoriamente útero para realizar biopsia por congelación. Se presenta a lo largo del video la técnica, desde la recepción de la pieza quirúrgica por el patólogo, la evaluación macroscópica, manejo de la muestra, toma de tejido representativo, tinción de serosa para evaluar con precisión invasión miometrial. También la inclusión de la pieza en criostato, corte de bloque para montaje de tejido en lámina, tinción con hematoxilina-eosina. Evaluación por 2 patólogos expertos de invasión miometrial y reporte.

En este caso, la biopsia por congelación reporta tumor de 5x6x3 cms que macro y microscópicamente compromete más del 50% de la pared miometrial.

Grupo de ginecología oncológica decide completar cirugía con linfadenectomía pélvica y paraaórtica. Reporte final de patología muestra adenocarcinoma de endometrio moderadamente diferenciado FIGO 2 grado Nuclear 2, estadio IB, no invasión linfovascular. Se conceptúa en junta tridisciplinaria grupo de riesgo intermedio, manejo adyuvante con braquiterapia.

CONCLUSIONES: La biopsia por congelación es una técnica para emitir diagnóstico histopatológico en tejido fresco congelado en el menor tiempo posible, que en el contexto de cáncer endometrial orienta el nivel de invasión miometrial y permite al clínico definir la realización intraoperatoria de linfadenectomía para estadios tempranos.

PALABRAS CLAVE: cáncer endometrial, congelación, biopsia.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



GV-120

TORSION ANEXIAL: PRESENTACIÓN CLINICA Y MANEJO LAPAROSCOPICO.

AUTORES:

Ramírez - Mejía J. E-mail:

Laparoscopiacity@hotmail.com Rengifo-

Ángel L. E-mail: Linarengi_28@hotmail.com

INSTITUCION: Clínica El Country, Bogotá D.C, Colombia

INTRODUCCION: La torsión ovárica es considerada una urgencia ginecológica, con incidencia de 2.7%, el objetivo es describir la técnica quirúrgica de cistectomía de ovario por laparoscopia en una paciente joven con preservación de la fertilidad.

MATERIALES Y METODOS: se trata de un video acerca de una cistectomía por laparoscopia en una paciente joven, premenarquia, con diagnóstico de torsión ovárica, la cual es una verdadera urgencia ginecológica, en donde la importancia del diagnóstico oportuno, se correlaciona con el manejo quirúrgico pero conservador del tejido ovárico. Se utilizó el programa iMovie y logicproX con una duración menor a 5 minutos en formato mp4.

RESULTADOS: Se correlaciona nuestra técnica laparoscopia en el manejo conservador de la torsión ovárica y la preservación del anexo con la literatura mundial.

CONCLUSIONES: La torsión anexial es un desafío diagnóstico, sin embargo, su evaluación precoz es importante para garantizar un diagnóstico oportuno, realizar un tratamiento conservador laparoscópico y preservar la fertilidad en pro y beneficio de la paciente sin afectar su futuro reproductivo.

PALABRAS CLAVE: torsión, ovario, anexo, laparoscopia.



POSTERS

OP-1

PREVALENCIA DE DISPAREUNIA EN MUJERES CON PARTO VAGINAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREVALENCIA.

Espitia-De La Hoz, FJ. Londoño, AM. Echeverri-Muñoz, DM

espitiafranklin@hotmail.com

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



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



función de la realización de episiotomía.

Palabras clave: Dispareunia, Episiotomía, Parto Normal, Prevalencia, Mujeres.



**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, Londoño AM, Echeverry-Muñoz DM

espitiafranklin@hotmail.com

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 hispanicas 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



PREVALENCIA DEL HIPOTIROIDISMO Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN GESTANTES DEL EJE CAFETERO (COLOMBIA), 2014-2017: ESTUDIO TRANSVERSAL

Espitia-De La Hoz FJ, Londoño AM, Echeverry-Muñoz DM

espitiafranklin@hotmail.com

Clínica La Sagrada Familia, Armenia, Quindío, Colombia

Resumen

Introducción

Los trastornos de la tiroides no son excepcionales en las mujeres en edad reproductiva. La disfunción tiroidea en el embarazo puede influir de forma negativa en la salud del binomio madre-hijo, afectando la evolución del embarazo, el desarrollo físico y neurológico del neonato. Esta es la razón por la cual las guías clínicas sugieren realizar TSH y T4 libre a toda gestante con factores de riesgo.

Objetivo:

Conocer la prevalencia del hipotiroidismo en una población de mujeres gestantes del Eje Cafetero (Colombia).

Material y métodos:

Estudio de corte transversal descriptivo. Se incluyeron mujeres embarazadas de primer ingreso al control prenatal. A todas las gestantes se les realizó la prueba de perfil tiroideo con base en las recomendaciones de la Asociación Americana de Tiroides. Se incluyeron gestantes mayores de edad, con embarazo único, con historia clínica electrónica, sin enfermedad tiroidea preexistente que aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron las gestantes con enfermedad neoplásica o hematológica, insuficiencia renal crónica o con anomalías fetales congénitas. El estudio se realizó en tres clínicas del Eje Cafetero nivel III entre el 2014 y 2017. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático consecutivo. Se midieron variables socio-demográficas, sintomatología de hipotiroidismo y antecedentes de salud sexual y reproductiva. Se realizó un análisis descriptivo de la información utilizando medidas de frecuencia absoluta y relativa.

Resultados:

De un total de 579 mujeres seleccionadas a participar, se analizaron finalmente 467 (80,65 %). La edad promedio fue de 24,85 (DS \pm 5,3) años. La prevalencia del hipotiroidismo en el grupo estudiado fue del 38,75% (n=181/479), 22,69% (n=106) con hipotiroidismo clínico y 15,99% (n=75) hipotiroidismo subclínico, de las cuales el 12,41% (n=58) presentaron un trastorno tiroideo autoinmune.

Conclusión:

Las gestantes del Eje Cafetero presentan una alta prevalencia de hipotiroidismo, siendo mayor a lo reportado en otras zonas del mundo. Se hace necesario promocionar oportunas intervenciones para establecer un pronto diagnóstico y apropiada terapéutica.

Palabras clave: hipotiroidismo, embarazo, factores de riesgo, diagnóstico, prevalencia, tiroides.



OP-7

MALFORMACION ARTERIOVENOSA UTERINA ASOCIADA A PLACENTA ACCRETA. REPORTE DE CASO

AUTOR: Bolívar-Fino K., Toro–Moreno F.

Correo: kren_bolivar@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Hospital Simón Bolívar. Bogotá, Colombia

INTRODUCCIÓN: La malformación arteriovenosa uterina es una causa rara de sangrado ginecológico por una conexión anómala, entre arterias y venas. Se clasifican en congénitas o adquiridas; siendo la adquirida la más documentada, secundario a procesos de instrumentación intrauterina. En el pasado, el diagnóstico se realizaba mediante laparotomía y estudio patológico de la histerectomía, en la actualidad la angiografía es el estándar de oro como método diagnóstico y terapéutico

El objetivo de este estudio es describir el caso de una paciente con malformación arteriovenosa uterina asociada a placenta accreta a quien se realizó histerectomía abdominal total como terapia definitiva y realizar una revisión de la literatura sobre su diagnóstico y manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente de 24 años con persistencia de sangrado genital tardío posterior a aborto completo, consultado al Hospital Simón Bolívar, Bogotá Colombia. Se realizó ecografía ginecológica transvaginal y tomografía axial computarizada con hallazgos sugestivos de malformación uterina arteriovenosa. Se realizó histerectomía abdominal total por paridad satisfecha; el resultado de patología mostró placenta accreta. Se realizó una búsqueda electrónica de la literatura publicada hasta los últimos 10 años, sin restricción de idioma, con las palabras claves: “Arteriovenous malformations”, “uterus”, “placenta accreta”, en las bases de datos Medline, Cochrane, EMBASE, LILACS

RESULTADOS: Se identificaron 6 artículos, todos reportes de casos, con un total de 10 pacientes con diagnóstico de malformación uterina arteriovenosa asociada a acretismo placentario. La edad de las pacientes oscilo entre los 27 a los 37 años, todas con antecedente de instrumentación uterina por cesárea previa o legrado.

La ecografía pélvica con doppler fue el examen diagnóstico más utilizado como primera línea para la malformación uterina arteriovenosa con características ultrasonografías comunes de paredes uterinas heterogéneas con aumento de la vascularización en doppler color, presencia de masa vascularizada y vasos sanguíneos gruesos y tortuosos , seguida de resonancia magnética (RMI) con hallazgos comunes de masa hiperintensa intracavitaria heterogénea que invade pared miometrial y angiografía con hallazgos de pseudoaneurisma, fistulas arteriovenosas de alto flujo que involucran venas ováricas.

La histerectomía fue el desenlace común en los estudios reportados de malformación uterina asociada a acretismo placentario, no es de primera línea en el manejo de la malformación uterina arteriovenosa, sin embargo, es una opción en una mujer con paridad satisfecha en una institución sin disponibilidad para realización de embolización de arterias uterinas.

CONCLUSIÓN: La malformación uterina arteriovenosa es un desafío diagnóstico, es una rara presentación de sangrado ginecológico cuando se está asociado a placenta accreta incluso desde el primer trimestre del embarazo. Es una entidad que conlleva a un alto riesgo de morbilidad si no se contempla como posible diagnóstico diferencial en una paciente con sangrado ginecológico y antecedente de instrumentación uterina.

PALABRAS CLAVE: Fistula arteriovenosa, útero, placenta accreta.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OPO-8

PREVALENCIA DE ANSIEDAD PREOPERATORIA EN GESTANTES PROGRAMADAS A OPERACIÓN CESÁREA

Quintana-Guardo, Freddy
Monterrosa-Castro, Álvaro
Beltrán-Barrios Teresa.
alvaromonterrosa@gmail.com

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.

Objetivo: Estimar la prevalencia del estado de ansiedad antes de operación cesárea.

Metodología: Estudio transversal que hace parte de la línea de investigación “gestación”. Se involucraron mujeres con embarazo de término que se encontraban en la sala prequirúrgica 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. 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. Estudio realizado en el segundo semestre del 2017, hasta completar el tamaño de la muestra. 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 (ρ). 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], $p=0.02$.

Conclusión: En un grupo de gestantes residentes en el caribe colombiano a ser intervenidas de cesárea, el 9.2% presentaron ansiedad preoperatoria.

Palabras Clave: Cesárea; Ansiedad; Anestesia; Embarazo.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO - FLASOG -



OPO-10

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN CLIMATÉRICAS CON LA ESCALA CERVANTES. INFLUENCIA DE LA ETNIA

María Fernanda Mercado-Lara, Álvaro Monterrosa-Castro, Leidy Carolina Duran-Méndez.
alvaromonterrosa@gmail.com

INSTITUCIÓN: Grupo de Investigación Salud de la Mujer. Universidad de Cartagena. Cartagena. Colombia.

Introducción. La calidad de vida y la severidad de los síntomas de la menopausia varían entre distintos grupos poblacionales.

Objetivo. Comparar la calidad de vida de climatéricas colombianas pertenecientes a dos grupos étnicos, hispánicas y afro descendientes, utilizando la Escala Cervantes.

Metodología. Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC [Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas], realizado con un formulario de características sociodemográficas y la Escala Cervantes, en mujeres de 40 a 59 años de edad, residentes en poblaciones del Caribe y Pacífico colombiano. Valoración puerta a puerta por encuestadoras, investigación sin riesgos y aprobada por el 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. Se estudió 1 894 mujeres, 34,1% afro descendientes y 65,9% hispánicas, edad $48,7 \pm 5,7$ y

$48,2 \pm 5,8$, respectivamente. Las hispánicas tuvieron mayor deterioro psíquico, sexual, de relación de pareja y envejecimiento; en cambio presentaron menos síntomas vasomotores que las afro descendientes, $p < 0,05$. El puntaje de Escala Cervantes fue $39,2 \pm 22,6$ en afro descendientes y $43,7 \pm 25,0$ en hispánicas, $p < 0,001$. Ser hispánica se asoció a 43% mayor deterioro de la calidad de vida con respecto a afro descendientes y fue factor asociado a 'mayor severidad' en tres dominios: menopausia/salud OR: 1,40 [IC95%: 1,05 a 1,85], sexualidad OR: 1,46 [IC95%: 1,19 a 1,80] y relación de pareja OR: 1,36 [IC95%: 1,10 a 1,69].

Conclusión. Existieron diferencias significativas en el deterioro de la calidad de vida en las mujeres climatéricas hispánicas y afro descendientes estudiadas.

Palabras clave. Calidad de vida, Climaterio, Menopausia, Sexualidad, Grupos étnicos.



MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA UTERINA ADQUIRIDA DESPUÉS DE LEGRADO, MANEJO EXITOSO DE UN CASO.

Autores: Caicedo Muriel LM¹, Duran Morales MA¹, Medina Tirado OA²

1 Residente Ginecobstetricia Universidad CES, Medellín, Colombia.

2 Ginecobstetra Clínica las Américas, Universidad CES, Medellín, Colombia.

Institución: Clínica las Américas, Medellín – Colombia

Introducción:

Las malformaciones arteriovenosas uterinas (MAVU) son una causa infrecuente, pero potencialmente mortal de hemorragia vaginal. La verdadera incidencia es desconocida, pero hay menos de 100 casos informados, con una incidencia aproximada de 4,5%. El sangrado causado por estas malformaciones puede ser desde episódico a fatal, lo que justifica el ingreso hospitalario y las transfusiones de sangre. Las MAVU se clasifican en congénitas o adquiridas; siendo más frecuentes las adquiridas. El embarazo juega un papel importante en su patogenia y ocurren con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva. Estas lesiones se diagnostican con mayor frecuencia en el posparto o pocos meses después de un aborto espontáneo, dilatación o curetaje o la interrupción del embarazo. Las MAVU adquiridas consisten en una o más fístulas arteriovenosas entre las ramas arteriales intramurales y el plexo venoso miometrial. La clínica derivada de esta patología es muy diversa, en los casos sintomáticos, generalmente se presenta como una alteración del patrón de sangrado o como hemorragia masiva. Ante la sospecha, se debe realizar de una ecografía- Doppler transvaginal, la cual constituye una herramienta suficiente para su diagnóstico, en donde se observa un miometrio de aspecto heterogéneo, con zonas anecoicas irregulares en su interior y al aplicar Doppler-color, se visualiza el ovillo vascular, con flujo multidireccional, de alta velocidad y baja resistencia, que producen imagen de mosaico vascular. En el pasado, la histerectomía era el pilar del tratamiento, pero con los avances tecnológicos, el manejo conservador se ha vuelto más disponible, y la embolización vascular transcáteter ha proporcionado una alternativa de tratamiento para pacientes que desean preservar la fertilidad.

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

Resultados: Primigestante de 30 años, con embarazo intrauterino de 6+1 semanas con vitalidad; a las 8+2 semanas cursa con sangrado vaginal y dolor pélvico con ecografía que reporta muerte embrionaria temprana. Se le realiza legrado obstétrico sin complicaciones. Se evidencia al mes de control, ecografía con imagen de masa vascular con vasos tortuosos dando diagnóstico de fístula arteriovenosa adquirida, la paciente es llevada a angiografía + embolización bilateral de arterias uterinas con alcohol polivinílico, la cual fue exitosa y sin complicaciones. Nuevos controles muestran vascularización normal del útero con ausencia de vasos tortuosos.

Conclusiones: Las malformaciones arteriovenosas uterinas adquiridas corresponden una entidad cada vez más frecuente en la práctica clínica diaria dado el aumento en intervenciones uterinas, se debe tener una experticia clínica para el diagnóstico de las mismas en pacientes con sangrado uterino anormal. El tratamiento con embolización de arterias uterinas se hace cada vez más frecuente en el contexto de pacientes estables hemodinamicamente y que desean preservar la fertilidad dejando de un lado aquellas técnicas aún más invasivas.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



Palabras Clave: "Fístula arteriovenosa uterina"; "Malformación arteriovenosa uterina";
"Hemorragia uterina después de curetaje".



SÍNDROME DE HELLP EN EMBARAZO DE 17 SEMANAS: REPORTE DE CASO

AUTOR: Barrera–Salamanca M(marbarreras4@gmail.com)

INSTITUCIÓN: Ginecología y obstetricia Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal–Casanare

INTRODUCCIÓN: Trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal, preeclampsia complica entre 2-8% de los embarazos a nivel mundial, en América Latina y el Caribe son responsables de casi el 26% de las muertes maternas. El dr.Luis Weinstein en 1982 describió pacientes con síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas(HELLP) como una de las formas más graves de preeclampsia dado altas tasas de morbimortalidad; ocurre en el tercer trimestre, 15% antes de la semana 27 y raramente antes de la semana 20, condiciones médicas y obstétricas presentan manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio similares lo que crea un desafío diagnóstico; se presenta el caso de paciente con embarazo de 17.4 semanas, quien ingresa con eclampsia, su estado empeora y el diagnóstico de síndrome de HELLP se confirma, es importante dar a conocer que esta complicación se puede presentar incluso antes de la 20 semana de gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS: CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años G2A1, embarazo de 17,4 semanas ingresa posterior a presentar episodios convulsivos tónico clónicos generalizados precedidos por cefalea intensa, único antecedente trombocitopenia y anemia, recuento un mes previo al ingreso hemoglobina(hb):9.1g/dL, plaquetas(pqt)112.000/mm³. Ingresa somnolienta, cifras tensionales:159/106–179/102mmHg, Hb:9g/dl, pqt:69.800/mm³, alanina aminotransferasa(ALT):27U/L, aspartato aminotransferasa(AST):101U/L, inicialmente se piensa en crisis hipertensiva tipo urgencia órgano blanco cerebro, se indica toma de exámenes complementarios, manejo antihipertensivo y anticonvulsivante, revaloración hipertensiva, deshidrogenasa láctica(LDH):2373U/L, proteinuria aislada:100mg/dL, tomografía de cráneo normal, equipo interdisciplinar considera eclampsia complicada con síndrome de Hellp, se inicia manejo con labetalol y sulfato de magnesio, sin embargo continua hipertensa(150/100mmHg), pqt:56.400/mm³, LDH:3587U/L ,ALT:29U/L, AST:177U/L, se inicia corticoide sistémico y trasfusión de 6U de plaquetas, aun con evolución tórpida, LDH:4043U/L, indicación desembrazar dado riesgo de mortalidad, parto vaginal exitoso con posterior revisión uterina, seguidamente mejoría clínica significativa, cifras tensionales: 130/80–126/70-112/72mmHg, ALT:22U/L, AST:94U/L, LDH:3485U/L, Pqt:58.000/mm³, se suspende infusión de labetalol y se completa 48h con sulfato, vigilancia 7 días posterior a expulsión de feto con evolución satisfactoria, no presenta elevación de cifras tensionales, ascenso plaquetario, descenso de transaminasas y LDH, se indica egreso con manejo antihipertensivo.

RESULTADOS: El tiempo transcurrido desde el ingreso hasta el establecimiento del diagnóstico de síndrome de hellp fue relativamente corto, no fue el inicialmente pensado dado rareza de presentación en pacientes con esta edad gestacional, sin embargo, la evolución rápidamente progresiva y resolución clínica posterior a interrupción del embarazo lo confirmarían.

CONCLUSIÓN: Síndrome de HELLP en embarazo temprano es inusual, condiciones médicas y obstétricas pueden presentar manifestaciones clínicas y resultados de laboratorio similares lo que crea un desafío diagnóstico; presentación temprana, puede resultar en una



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



grave morbilidad y mortalidad; monitoreo intensivo e intervención temprana salva vidas, por lo que se debe considerar síndrome HELLP en pacientes con parámetros compatibles incluso antes de la semana 20, su evolución posterior a desembarazar confirman que a pesar de ser una presentación rara, ocurre.

PALABRAS CLAVE: Caso, Síndrome de Hellp.



MANEJO EN DOS TIEMPOS DEL PERCRETISMO PLACENTARIO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTOR(ES): Marin-Rios J (marinriosjuliana@gmail.com)¹, Duran-Morales MA¹, Bocanegra-Ballesteros AF¹, Colonia-Toro A²

¹ Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad CES.

² Ginecólogo y Obstetra, Hospital General de Medellín, Universidad CES.

INSTITUCIÓN: Hospital General De Medellín. Medellín, Colombia

INTRODUCCIÓN: Los trastornos de invasión placentaria tienen un espectro que varía entre ácreta, íncreta y pércreta con incidencias variables según características de la población. El percretismo corresponde a una extensión más profunda y heterogénea de invasión del trofoblasto que compromete la serosa del útero y se puede lograr extender hasta estructuras cercanas.

La presencia de cicatrices uterinas asociadas a placenta previa son el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta patología; el riesgo puede ir desde el 3% para sólo una cesárea previa hasta 67% para cinco cesáreas previas. De igual forma este riesgo se puede aumentar con cualquier tipo de cirugía que transfixie el endometrio como los curetajes, las miomectomías, la radiación pélvica, la ablación endometrial, aunque en menor proporción.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de un caso y breve revisión bibliográfica del tema.

RESULTADOS: Paciente de 31 años con embarazo de 36+5 semanas, G4C2A1 sin otros antecedentes de importancia quien es citada a nuestra institución por sospecha de acretismo placentario, ingresa asintomática. Trae ecografía que reporta placenta de inserción anterior previa total con lagos venosos y pérdida de la interfase miometrio-placentaria en el repliegue vesico-uterino, no se identifica invasión a la vejiga, la inserción placentaria se encuentra justo sobre el segmento uterino inferior y mide 4 mm con vasos que discurren perpendiculares a éste. Se realiza resonancia magnética con acretismo placentario de localización posterolateral derecha y posible percretismo con compromiso vesical. Se indica manejo interdisciplinario con Urología (cateter doble jota prequirúrgico), anestesiología, cuidados intensivos y reserva de paquete de transfusión masiva como parte de protocolo institucional. Se realiza cirugía con hallazgos de percretismo placentario con invasión a ligamentos ancho, uterosacro y paquetes vasculares uterinos, no se evidencia invasión a vejiga ni a intestino. Se procede a extracción fetal e histerorrafia evitando la placenta y se deja *in situ*; procedimiento sin complicaciones. Se efectúa embolización de arterias uterinas dos días post cesárea y permanece en manejo en unidad de cuidados especiales con tromboprolifaxis y antibiótico profiláctico. Dos semanas después se realiza nueva embolización prequirúrgica y es llevada a histerectomía evidenciando gran compromiso inflamatorio de la pared vesical y los parametrios. Se identifica lesión vesical de 3 cm la cual es corregida. No requirió transfusión intraoperatoria. En el postoperatorio presentó infección de sitio operatorio con adecuada evolución clínica. El reporte de patología confirma diagnóstico de percretismo.

CONCLUSIONES: El manejo en dos tiempos del percretismo placentario es una alternativa terapéutica que puede disminuir los riesgos quirúrgicos durante la primera intervención. Este abordaje también tiene riesgos, pero un equipo entrenado y un protocolo seguro, pueden llevar a un adecuado desenlace como en este caso.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



PALABRAS CLAVE: placenta, percreta, treatment.



OP-18

REPORTE PRENATAL DE HIPERREACTIO LUTEINALIS CON EMBARAZO A TERMINO.

Autores: Bautista- Vargas S, Zapata-Salcedo R, Urbina –Echeverry S, Gómez-Morales M, Toloza Mantilla F, Parada Rojas J.

Contacto: 3015884166-3113122109 email: samuelbautistamd@hotmail.com

Institución: E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz. Cúcuta, Colombia.

Introducción

El Hiperreactio luteinalis (HL) es una afectación infrecuente, benigna, caracterizada por aumento de los ovarios. Se presenta cuando existen niveles elevados de BhCG (1) o hipersensibilidad a la misma que conducen a la sobreestimulación ovárica. Su prevalencia es desconocida, se relaciona con el embarazo, encontrándose frecuentemente en embarazos molares (50%), enfermedad trofoblástica (10-22%) o coriocarcinoma (10%) gestaciones múltiples, sensibilización a Rh. (2, 4,6). Es poco frecuente que se presente durante el primer trimestre. De acuerdo al tamaño resultante del quiste del ovario, puede presentarse torsión, disnea, dolor o hemorragia intraquística (3)

Materiales y métodos

Se reporta el caso de una gestante 35 años de edad Grávida cuatro, Partos tres, Aborto uno quien consulta a hospital de III nivel de complejidad, con embarazo de 26 semanas, espontaneo con feto único, en la ecografía se observa RCIU con doppler normal, ecocardiografía comunicación interventricular membranosa de 2 mm , ovario derecho con quiste de 16 cm sin septos ni nódulos, ovario izquierdo con quiste 12 cm paredes delgadas. Antecedente de quistes en su anterior gestación, no toma anticonceptivos orales, el examen físico revela signos vitales normales, virilización y lesiones maculas/pápulas en dorso anterior, abdomen, miembros superiores. Se realiza hCG a las 27 semanas que reporta 106689 UI las pruebas de función hepática, tiroideas, renales fueron normales. En semana 30 de gestación fueron drenados percutáneamente los quistes por disnea y dolor, obteniendo 2200 cc de líquido, a las 35 semanas desencadena trabajo de parto naciendo producto femenino por parto vaginal con peso: 1670 gr, talla 45 cm, con polidactilia en mano derecha, sindáctila en pie izquierdo, atelia derecha, a los 3 meses postparto disminución del tamaño de los quiste a 6 cm. Se realiza revisión de la literatura publicada en bases de datos: Medline vía PubMed, Lilacs y SciELO mediante los términos: Hyperreactio luteinalis (HL), síndrome de hiperestimulación (SHO), Diagnóstico prenatal límite de año de 1970 - 2018.

Resultados

Se obtuvieron 94 artículos que hablan sobre HL y embarazo, primer reporte de caso en Colombia de embarazo espontáneo y finalización a término. Históricamente, el diagnóstico se hacía en segundo o tercer trimestre y está especialmente asociado a gestación múltiple (4), hipotiroidismo (5), embarazo molar (6), hiperandrogenismo y ovario poliquístico (7). La ascitis en diferentes grados de severidad puede ser una complicación común, así como torsión, síntomas de opresión, hemorragia y disnea.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



Síntomas extra-ováricos como virilización materna están en aproximadamente el 25% de los pacientes. (8)

Conclusión:

El uso masivo de la ecografía lleva al hallazgo de Hiperreactio luteinalis en embarazos espontáneos. Los HL y SHO son difíciles de diferenciar, Los resultados adversos de estos embarazo son probablemente una consecuencia de los niveles elevados de hCG, debemos realizar diagnóstico diferencial de carcinoma de ovario en todos los casos.

Palabras clave: Hiperreactio luteinalis, Síndrome de Hiperestimulación Ovárica, Diagnóstico Prenatal.

BIBLIOGRAFIA:

1. Hyperreactio luteinalis: An often mistaken diagnosis. Skandhany, Avni KP y Ravi, Vandana. Malappuram, Kelara : s.n., ene-mar de 2014, Indian Journal of Radiology & Imaging, Vol. 24, págs. 84-86.
2. Hyperreactio Luteinalis:. Malinowski, Ann Kinga, Sen, Jonathan y Sermer, Mathew. 8, Toronto : s.n., Noviembre de 2015, Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 37, págs. 715–723.
3. Hyperreactio luteinalis in pregnancy. Amoah, Christian, y otros. 7, Manchester : s.n., junio de 2011, Fertility and Sterility , Vol. 95, págs. 2429.e1–2429.e3.
4. Leis D, Richter K, Schmid K. [Spontaneous hyperstimulation of the ovaries with luteal cysts and ascites during a twin pregnancy-extreme case of the syndrome of painful early pregnancy (author's transl)]. Geburtshilfe Frauenheilkd 1978; 38: 1085–1087.
5. Nappi RG, DiNaro E, D'Aries AP, Nappi L. Natural pregnancy in hypothyroid woman complicated by spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 610–611.
6. Ludwig M, Gembruch U, Bauer O, Diedrich K. Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) in a spontaneous pregnancy with fetal and placental triploidy: information about the general pathophysiology of OHSS. Hum Reprod 1998; 13: 2082–2087.
7. Zalel Y, Orvieto R, Ben-Rafael Z, Homburg R, Fisher O, Insler V. Recurrent spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome associated with polycystic ovary syndrome. Gynecol Endocrinol 1995; 9: 313–315.



OP-20

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL ERASMO MEOZ, CARACTERIZACION DE ESTA POBLACION DURANTE EL PERIODO 2018-1

AUTOR(ES): Ureña-Vargas J (icamilouv@yahoo.es), Conde-Patiño D, Rangel-Vergel M, Uzcategui-Parra J

INSTITUCIÓN: Universidad de Pamplona, Cúcuta, Norte de Santander, Colombia.

INTRODUCCION: El consumo de sustancias psicoactivas es una gran problemática de salud pública que afecta a diferentes tipos de personas, siendo la edad reproductiva una de las más incidentes; no discrimina por raza, orientación sexual o religión. Es un problema que últimamente viene en crecimiento, a tal punto de afectar a mujeres en estado de embarazo. Los objetivos de este estudio son identificar las gestantes con posible exposición a sustancias psicoactivas, estimar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales y realizar una caracterización sociodemográfica de las gestantes, estimar la facilidad de acceso y la percepción de riesgo respecto al consumo de estas.

MATERIALES Y METODOS: Estudio de prevalencia, transversal, descriptivo en el que se incluyeron gestantes que acudieron al servicio de ginecología de la ESE HUEM durante el periodo 2018-1; Teniendo en cuenta el criterio de inclusión: Gestantes que sean positivas para la encuesta sobre consumo de sustancias psicoactivas; se realizó un muestreo por conveniencia a 189 gestantes una encuesta, de las cuales 55 evidenciaron un consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, mediante la formulación de preguntas abiertas y cerradas, basadas en las siguientes variables: edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, núcleo familiar, ocupación, motivo de consumo, para finalmente reportarlas en la base de datos. Todas las gestantes autorizaron la participación en el estudio mediante consentimiento informado.

RESULTADOS: Se entrevistó aleatoriamente 189 mujeres embarazadas durante el 2018-1 que acudieron al servicio de Ginecología de la ESE HUEM, evidenciando consumo de PSA en 55 gestantes, arrojando una prevalencia de consumo de PSA de 29.1%. se evidenció que las pacientes que ingirieron sustancias en el embarazo, 65.45% lo hizo solo con alcohol, el 12,72% cigarrillo, el 10.9% marihuana, mostrando así que las sustancias que tiene más prevalencia de consumo son las legales y que de las ilegales la que más se consume es la marihuana.

CONCLUSIONES: La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales fue de 29,1% correspondiente a 55 gestantes de la población total equivalente a 189 gestantes. El consumo de PSA legales fue de 85% correspondiente a 49 gestantes y el 15% restante corresponde a consumos de PSA ilegales evidenciado en 6 gestantes. La caracterización sociodemográfica mostró predominio de las siguientes variables: edad entre 18-35 años (80%), escolaridad primaria y secundaria (76,36%), ocupación ama de casa (45,45%), nivel socioeconómico 1 (67,27%), convivencia con pareja (67,27%). En el estudio se evidencio una facilidad de acceso (96,36%) y percepción de riesgo (74,54%).

PALABRAS CLAVE: Gestante, Sustancia Psicoactiva, Consumo.



OP-26

ESQUIZENCEFALIA DE LABIO ABIERTO: UN DESAFIO EN EL DIAGNOSTICO PRENATAL. ESTUDIO POR ULTRASONOGRAFIA Y RESONANCIA MAGNETICA. REPORTE DE CASO

AUTOR: Bolívar-Fino K., Diaz- Cuervo R.
Correo: kren_bolivar@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Hospital Simón Bolívar. Bogotá, Colombia

INTRODUCCION: La esquizencefalia es una rara malformación del sistema nervioso central secundario a un trastorno de la migración neuronal, cuya incidencia es de 1.54 por cada 100.000 nacidos vivos. Es caracterizado por hendiduras de la materia gris desde la superficie pial a los ventrículos laterales. Su presentación puede ser unilateral o bilateral, o según la distancia de las paredes de la hendidura se puede clasificar de labio abierto o labio cerrado. El pronóstico es peor con defectos abiertos y bilaterales o cuando se encuentran asociadas a otras anomalías. Es un raro diagnóstico prenatal, en la mayoría de casos se identifica en la vida postnatal.

El objetivo de este estudio es describir un caso de esquizencefalia diagnosticada en el segundo trimestre del embarazo y realizar una revisión de la literatura sobre el diagnóstico prenatal de esta entidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente de 17 años primigestante con estudio ecográfico a las 25.4 semanas que evidencia imagen quística en el hemisferio cerebral izquierdo sugestiva de porenefalia, con resonancia magnética a las 32 semanas con hallazgos de hendidura parenquimatosa en el hemisferio izquierdo que se extiende hasta alcanzar el ventrículo sugestiva de esquizencefalia de labio abierto; con posterior finalización de la gestación a las 37 semanas por parto vaginal sin complicaciones obteniendo recién nacido vivo.

Se realizó una búsqueda electrónica de la literatura publicada en los últimos 10 años, en idioma inglés y español, con las palabras claves: "schizencephaly" "prenatal diagnosis", en las bases de datos Medline, Embase, LILACS.

RESULTADOS: Se identificaron 9 artículos entre reportes de caso y estudios retrospectivos, con un total de 39 casos con diagnóstico de esquizencefalia prenatal. La edad de las pacientes osciló entre los 14 a los 31 años con mayor frecuencia en pacientes primigestantes. La ecografía en dos dimensiones y tres dimensiones en el segundo trimestre del embarazo resultó la modalidad diagnóstica más frecuente, seguida de la resonancia magnética, donde la esquizencefalia de labio abierto es la más frecuente caracterizada; dentro de las anomalías asociadas más frecuentes se encontró la displasia septoóptica, ausencia del cavum del septum pellucidum y la agenesia del cuerpo calloso. En las pacientes que continuaron la gestación la finalización de la gestación se presentó a término obteniendo recién nacidos vivos.

CONCLUSIONES: La esquizencefalia es una rara malformación del sistema nervioso central que se presenta en la mayoría de fetos de madres jóvenes y primigestantes. Su diagnóstico es más frecuente en el segundo trimestre de la gestación por ultrasonografía. La resonancia magnética es útil para caracterizar mejor la lesión, determinar anomalías asociadas, descartar diagnósticos diferenciales y poder definir mejor el pronóstico. La detección



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



prenatal permite un manejo integral a la paciente ofreciendo un adecuado asesoramiento y preparación a la entrega por un equipo especializado.

Palabras clave: Esquizencefalia, diagnóstico prenatal.



GENÓMICA FUNCIONAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MARCADORES MOLECULARES PRECOCES ASOCIADOS A LA ETIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE HELLP

AUTORES:

Laissue P, MD, MSc, PhD, ¹ Parada-Niño LC, MD¹, Morel Adrien, PhD¹, Ardila J, MD ², Jiménez KM, MSc¹, Serrano NC, MD, PhD ³

¹. Centro de Investigación en Genética y Genómica-Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario (CIGGUR), Bogotá, Colombia.

². Hospital Universitario Mayor-Méderi. Departamento de Ginecología y Obstetricia-Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

³. Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB, Bucaramanga, Santander, Colombia.

INSTITUCIÓN INVESTIGADOR PRINCIPAL: Universidad del Rosario (CIGGUR), Bogotá, Colombia.

Investigador principal Paul Laissue MD, MSc, PhD, HDR (paul.laissue@urosario.edu.co, Tel 3212010179).

INTRODUCCIÓN: La preeclampsia (PE) es una enfermedad multisistémica frecuente que se presenta en aproximadamente 5% de los embarazos. En casos severos, la PE se asocia a complicaciones en las que se afectan numerosos órganos blanco, como en síndrome de HELLP y la eclampsia. El síndrome de HELLP, que se define como hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia, incrementa el riesgo de mortalidad materno-fetal. Esta enfermedad se manifiesta especialmente durante el tercer trimestre del embarazo y no existen en la actualidad marcadores bioquímicos o moleculares fiables para la detección temprana de pacientes en riesgo. A pesar de que algunos estudios genéticos han permitido identificar genes y mutaciones relacionadas con el fenotipo, por la alta complejidad molecular de la enfermedad no existen marcadores fiables que permiten un tamizaje temprano.

El objetivo del presente trabajo consistió en identificar, por primera vez a partir de técnicas de análisis del genoma a gran escala, marcadores moleculares de esta enfermedad con una potencial utilidad clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se efectuó la secuenciación del exoma completo en 79 mujeres colombianas con síndrome de HELLP. Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado para participar voluntariamente en el estudio. Esta investigación fue avalada por el comité de Ética de la Universidad del Rosario (código DVN021-1-063 del 24 de mayo del 2017). Desarrollamos un abordaje computacional innovador derivado de algoritmos previamente descritos por nuestro grupo para la identificación exitosa de mutaciones etiológicas del aborto espontáneo recurrente y la insuficiencia ovárica primaria.

RESULTADOS: Se identificaron mutaciones potencialmente deletéreas en 77% de las pacientes y documentamos la presencia de más de una mutación en 62% de las mujeres. Las mutaciones se encontraron en genes (e.g. *STOX1*, *DNAH11*, *PDGFD*, *F5*, *MMP1*, *IGF2*, *C3*, *IL17A*) que enriquecen procesos biológicos esenciales en la fisiopatología de esta enfermedad como, la coagulación y la angiogénesis, los procesos inmunológicos, la adhesión celular y el metabolismo de lípidos.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



CONCLUSIONES: La secuenciación de exoma completo es una herramienta eficiente para la identificación de potenciales nuevos marcadores moleculares de la enfermedad. Luego de su validación funcional *in vitro* algunos de ellos podrían ser utilizados en un contexto clínico. Nuestros resultados evocan una herencia poligénica del síndrome de HELLP.

PALABRAS CLAVE: Preeclampsia, HELLP, marcador molecular, NGS.



OP-30

HÍGADO GRASO AGUDO EN EL EMBARAZO Y SÍNDROME DE HELLP: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Arango J, López JS, Zambrano MA, Carvajal JA

Correo electrónico: joha0418@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El hígado graso agudo del embarazo es una patología poco frecuente que implica una alta morbilidad y mortalidad para las madres y fetos. Su diagnóstico es un reto médico por las similitudes de esta enfermedad con otras patologías que afectan la función hepática del embarazo como el síndrome de HELLP. La hipótesis más aceptada sobre su etiología radica en el metabolismo anormal de los ácidos grasos secundario a la disminución de actividad de la 3-hidroxiacilCoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD) debido a una mutación génica. Se revisó el caso de una paciente con síndrome HELLP con posterior desarrollo de hígado graso, su diagnóstico oportuno y tratamiento temprano en la unidad de cuidado intensivo obstétrico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 31 años, G1P0, con embarazo de 38.1 semanas, quien ingresa con cuadro clínico de hipertensión arterial, encefalopatía e ictericia asociado a alteración de enzimas hepáticas, signos de coagulopatía e hipoglucemia. Se finalizó la gestación por vía alta, y se manejó en UCI con soporte transfusional precoz. La paciente presentó complicaciones postquirúrgicas, sin embargo, se dio egreso tras 28 días del ingreso, con normalización de la función hepática y renal.

Se realizó búsqueda en las bases de datos de Medline vía PubMed, Embase y Lilacs, con los términos MESH: “hígado graso agudo” y “embarazo”, en inglés y español, sin límite de tiempo. Se contó con la firma de consentimiento informado por parte de la paciente.

RESULTADOS: El hígado graso agudo del embarazo es un trastorno potencialmente fatal y raro, que se presenta generalmente en el tercer trimestre del embarazo o en el período postparto temprano. Fue reportado por primera vez en 1940, sin embargo, se conocen pocos casos a la fecha. Dado que es una patología que usualmente llega a la falla multiorgánica, su mortalidad llegó previamente hasta el 83%; sin embargo, la finalización de la gestación, la terapia intensiva y las medidas de soporte tempranas, han mitigado la mortalidad y morbilidad llevando a una sobrevida aceptable tanto materna como fetal.

CONCLUSIONES: El hígado graso agudo del embarazo puede ser una patología de difícil diagnóstico principalmente cuando se asocia a patologías con compromiso hepático. Esta condición debe ser diagnosticada y tratada de forma rápida, teniendo en cuenta su presentación clínica variable. La terminación rápida de la gestación y el soporte en UCI resultaron en buenos desenlaces sin alta morbilidad para la paciente.

PALABRAS CLAVE: Hígado graso agudo, embarazo, síndrome HELLP, coagulopatía



CORRECCIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO EN LA LITERATURA

Barona-Wiedmann JS, Nieto-Calvache AJ, Velásquez M, Franco J.
Correo electrónico: jsbarona1029@gmail.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La hernia diafragmática congénita, consiste en un defecto en el desarrollo embrionario, que permite el paso de las vísceras abdominales hacia la cavidad torácica. Con respecto a la prevalencia en población adulta, esta entidad representa solo el 10% del total de hernias diafragmáticas sintomáticas. El desarrollo de la hernia de Bochdalek en el embarazo es bastante raro. El objetivo de este reporte es exponer el enfoque diagnóstico de hernia diafragmática materna durante la gestación y su corrección quirúrgica, y realizar una revisión de la literatura respecto al desenlace materno y fetal de esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 31 años, G3P1E1, con 23 semanas de gestación a quien, por dolor abdominal y episodios eméticos a repetición, le realizan estudios imagenológicos, encontrando como hallazgo incidental una hernia diafragmática, con importante sufrimiento visceral a nivel gástrico. Fue remitida a la Fundación Valle del Lili, para manejo conjunto con el servicio de Obstetricia crítica y Cirugía de tórax, lográndose corrección quirúrgica de la lesión sin finalizar la gestación. Se da egreso a la paciente en su postoperatorio mediato, reingresando nuevamente a las 38 semanas para finalización de la gestación por vía alta, sin complicaciones y buen desenlace materno y neonatal. Se realizó búsqueda en las bases de datos de Medline vía PubMed, Embase y Lilacs, con los términos MESH: “Hernia diafragmática” y “embarazo”, en inglés y español, sin límite de tiempo. Se contó con la firma de consentimiento informado por parte de la paciente.

RESULTADOS: La revisión de la literatura incluyó 18 reportes de caso. La hernia sintomática de Bochdalek en el embarazo es un diagnóstico poco frecuente y la evidencia disponible en cuanto a su manejo y diagnóstico es escasa hasta la fecha. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el embarazo condiciona un aumento en la presión intraabdominal, lo que facilita la aparición de síntomas en pacientes previamente asintomáticas. Teniendo en cuenta el elevado riesgo de compromiso gastrointestinal y respiratorio asociado durante el embarazo, se recomienda la corrección quirúrgica mediante sutura simple o con el posicionamiento de parches diafragmáticos, con altas tasas de éxito.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de hernia diafragmática materna es raro, y puede condicionar una problemática importante que pone en juego la vida del binomio madre - hijo. Sin embargo, existen opciones de manejo quirúrgico durante la gestación que pueden mejorar el pronóstico gestacional, con excelentes desenlaces perinatales. No obstante, el estado del arte es pobre y se requieren estudios más grandes que comparen las diferentes alternativas de tratamiento disponibles en la actualidad, con el fin de determinar el manejo ideal en pacientes con dicha patología durante la gestación.

PALABRAS CLAVE: Hernia, Diafragmática, Bochdalek, Embarazo.



OP-32

GRANULOMA PIÓGENO GIGANTE EN EL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Echavarría MP, Zapata IL, Arango JC.

Correo electrónico: mariapaulaed@gmail.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El granuloma piógeno (GP), también conocido como granuloma gravídico o tumor del embarazo, es un tumor no neoplásico, localizado en la cavidad oral hasta en un 75% de los casos, el cual se caracteriza por el sobre crecimiento del tejido gingival. Su formación se debe a una respuesta regional inflamatoria crónica de la encía a la placa dental, dada por el desequilibrio hormonal durante el embarazo, que altera la barrera epitelial, interfiriendo con la reparación de la mucosa y lo que facilita la colonización bacteriana. Afecta al 5% de todas las gestantes, entre el segundo y tercer trimestre del embarazo. El objetivo de este reporte es exponer un caso de granuloma piógeno gigante en el embarazo, y realizar una revisión de la literatura respecto al diagnóstico y manejo de esta patología durante la gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 20 años, G2C1, con 24 semanas de gestación, a quien se le realiza diagnóstico de granuloma piógeno gigante, con tumor sintomático; por lo cual se indica manejo con electrocoagulación y embolización. Con posterior resolución espontánea en el posparto tardío. Se realizó búsqueda en las bases de datos de Medline vía PubMed, Embase y Lilacs, con los términos MESH: “pyogenic granuloma”, “pregnancy”, “granuloma”, en inglés y español, sin límite de tiempo. Se contó con la firma de consentimiento informado por parte de la paciente.

RESULTADOS: La investigación incluyó 6 reportes de caso. El granuloma piógeno gigante en el embarazo puede ser de difícil diagnóstico, principalmente en tumoraciones de gran tamaño o muy sintomáticas; el manejo se debe basar en el control de los síntomas, pues la lesión suele involucionar en el posparto tardío.

CONCLUSIONES: Durante el embarazo, el granuloma piógeno gigante puede tener múltiples opciones de manejo. Se requieren estudios más grandes que comparen las diferentes opciones terapéuticas disponibles en la actualidad y que permitan determinar el manejo ideal en pacientes con dicha patología.

PALABRAS CLAVE: Granuloma, Granuloma Piógeno; Embarazo.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-33

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR ASOCIADA CON EL EMBARAZO Y TRATAMIENTO CON ABLACIÓN POR CATÉTER: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Echavarría MP, Acevedo A, Ortiz V.

Correo electrónico: mariapaulaed@gmail.com.

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali – Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El embarazo se caracteriza por presentar importantes cambios fisiológicos, los cuales pueden estar asociados con alteraciones en el ritmo cardiaco, y exacerbación de patologías cardiacas preexistentes. Una de las más frecuentes alteraciones es la taquicardia supraventricular, cuyo manejo puede variar desde el masaje carotideo hasta la cardioversión eléctrica y ablación por catéter. Se busca exponer el abordaje de un caso de taquicardia supraventricular en gestante, tratado con ablación por catéter y desarrollar una discusión en torno a la evidencia disponible respecto a las distintas alternativas de manejo en el contexto de esta condición.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 36 años, con 27 semanas de gestación y diagnóstico de taquicardia supraventricular sin inestabilidad hemodinámica, quien a pesar del manejo farmacológico presenta persistencia de episodios de taquicardia, por lo cual se realiza ablación por catéter del foco arritmogénico, logrando reversión de la patología. Se realizó búsqueda en las bases de datos de Medline vía PubMed, Embase y Lilacs, con los términos MESH: “supraventricular tachycardia”, “pregnancy”, “catheter ablation”, en inglés y español, sin límite de tiempo. Se contó con la firma de consentimiento informado por parte de la paciente.

RESULTADOS: La revisión de la literatura incluyó: 4 estudios de serie de casos, 2 cohortes y 4 reportes de caso. En gestantes con taquicardia supraventricular con persistencia de síntomas, a pesar del manejo farmacológico, es recomendable la ablación por catéter, bajo la supervisión del binomio en una institución nivel IV por un equipo multidisciplinario.

CONCLUSIONES: La ablación por catéter surge como una alternativa en el manejo de gestante con taquicardia supraventricular. No hay evidencia suficiente ni grandes estudios o meta-análisis que puedan sustentar un manejo médico específico para este grupo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: Taquicardia Supraventricular, Ablación con Catéter, embarazo.



OP-35

MANEJO ANESTÉSICO PARA PLACENTA ANORMALMENTE INSERTA, IMPORTANCIA DE LA PLANEACIÓN INTERDISCIPLINARIA Y DE LA COMUNICACIÓN DURANTE LA CIRUGÍA

Nieto-Calvache AJ, López LJ, Zambrano MA, Sánchez B, Blanco LF, Messa-Bryon A.
Correo electrónico: albarojosenieto@yahoo.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle de Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La asociación frecuente de placenta anormalmente inserta (PAI) con inestabilidad hemodinámica, poli transfusión y procedimientos quirúrgicos prolongados y complejos motiva la utilización rutinaria de anestesia general (AG), aunque en los últimos años se reporta la utilización exitosa de anestesia conductiva (AC). Evaluamos el impacto del tipo de anestesia en los resultados maternos y neonatales asociados, así como el efecto del establecimiento de un grupo interdisciplinario para el manejo protocolizado de mujeres con PAI (“clínica de PAI”) sobre las prácticas anestésicas, resaltando el mejoramiento de la comunicación entre anesthesiólogos y cirujanos.

MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo incluyendo las pacientes con sospecha prenatal o hallazgo intraoperatorio de PAI, atendidas en la Fundación Valle de Lili, entre diciembre de 2011 y diciembre de 2018. Se evaluaron los resultados clínicos en relación con el tipo de anestesia administrada, antes y después del establecimiento de la clínica de PAI en abril de 2016 cuando el grupo interdisciplinario mejoró la comunicación pre, intra y postoperatoria específicamente definiendo el riesgo de sangrado y la posibilidad de control inmediato del mismo. La práctica anestésica varió hacia una mayor utilización de AC y la restricción de la transfusión si el sangrado podía ser rápida y efectivamente controlado.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio se atendieron 81 mujeres con sospecha prenatal o hallazgo intraoperatorio de PAI, 37 de ellas antes de la puesta en funcionamiento de la clínica de PAI (Grupo 1) y 44 después de ese momento (Grupo 2). La frecuencia de AC aumentó del 18 % en el Grupo 1, al 66% en el Grupo 2, con una tasa de conversión a general de 2,7% cuando la PAI se sospechaba prenatalmente. En el grupo 2, también se observó un menor tiempo operatorio, volumen de pérdida sanguínea, duración de hospitalización, número de unidades de glóbulos rojos transfundidos, realización de histerectomía, necesidad de relaparotomía, complicaciones operatorias y hospitalización de los neonatos.

CONCLUSIÓN: La organización de un grupo interdisciplinario facilita la utilización exitosa de la AC, en mujeres con PAI, con la cual se evidencia mejores resultados tanto maternos como neonatales. El entrenamiento del equipo y la comunicación continua entre el grupo de diagnóstico prenatal y cirujanos, con el grupo de anesthesiología, facilita la prevención y el control inmediato del sangrado masivo.

PALABRAS CLAVE: Placenta anormalmente adherida, anestesia conductiva, manejo interdisciplinario.



ANOMALÍA DE EBSTEIN COMO CARDIOPATÍA CONGÉNITA MATERNA DIAGNÓSTICADA EN EL EMBARAZO

AUTORES: Fuentes-Obando L (fuentes.lina23@gmail.com), Sánchez-Gutiérrez S, Geney-Montes M, Olmos-Quiel D.

INSTITUCIÓN: Hospital Universitario Clínica San Rafael

INTRODUCCIÓN: La Anomalía de Ebstein como malformación congénita de la válvula tricúspide y del ventrículo derecho es un reto diagnóstico y terapéutico en la mujer gestante. Su presentación se asocia con cianosis y arritmias, relacionándose con complicaciones maternas y mal pronóstico fetal. Se expone un caso clínico de una paciente embarazada con diagnóstico inicial de Anomalía de Ebstein durante la gestación y su seguimiento hasta el término de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se reporta el caso de una paciente gestante con Anomalía de Ebstein, diagnosticada por primera vez durante el embarazo. Se realizó una revisión de la historia clínica con posterior discusión del caso basado en la búsqueda y revisión de la literatura disponible.

RESULTADOS: Paciente de 30 años, G2A1V1, con antecedente de hipotiroidismo en manejo con Levotiroxina 75 mcg día, sin antecedentes quirúrgicos. Consulta a la Unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Clínica San Rafael para valoración integral en contexto de paciente con episodios de disnea ocasional, palpitaciones y fatiga, y hallazgo de un soplo sistólico en foco pulmonar al examen físico durante el control prenatal. Es remitida con sospecha de cardiopatía congénita compleja materna tipo Anomalía de Ebstein, con reporte de ecocardiograma transtorácico con: FEVI del 66%, movimiento paradójico del septum por sobrecarga de presión y volumen del ventrículo derecho, cavidades derechas con diámetros y volúmenes aumentados, aurícula derecha dilatada, insuficiencia tricuspídea moderada a severa, insuficiencia pulmonar leve a moderada, septum interauricular fenestrado con movimiento aneurismático hacia la derecha, sin observarse cambios en los diámetros y volúmenes de cavidades izquierdas.

Es hospitalizada por Medicina Materno Fetal para realización de estudios de extensión. Al ingreso asintomática, con pruebas de bienestar y dinámica de crecimiento fetal dentro de límites normales.

Se realizó nuevo estudio ecocardiográfico que reportó: aurículas izquierda y derecha normales, FEVI del 60%, ventrículo izquierdo de tamaño normal, contractibilidad global y segmentaria normal, válvula tricúspide con valva septal adherida con porción libre a 30 mm del anillo, valva anterior redundante e insuficiencia leve, PSAP de 20 mmHg, arteria pulmonar y ramas principales normales, concluyendo que la función sistólica del ventrículo derecho estaba conservada y diagnóstico final de Anomalía de Ebstein tipo B de Carpenter. El servicio de cardiología determina que la paciente no requiere manejo quirúrgico, por lo que el seguimiento se continúa semanalmente con el fin de evaluar signos vitales y bienestar fetal. Al momento paciente cursa con embarazo de 38 semanas sin ninguna complicación obstétrica o cardiovascular.

CONCLUSIONES: Los cambios fisiológicos del embarazo se constituyen como un reto en el manejo de las pacientes con cardiopatía cardíaca compleja. La anomalía de Ebstein puede



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



tener un pronóstico favorable tanto para la madre como para el recién nacido, dependiendo en gran medida de la clase funcional de la paciente al inicio del embarazo.

PALABRAS CLAVE: Embarazo, Anomalía de Ebstein, cardiopatía materna compleja.



MANEJO MEDICO CON CORTICOIDES EN LAS MALFORMACIONES CONGÉNITAS PULMONARES FETALES

AUTORES: Santisteban, Gina; Díaz, Ricardo.
galejitaq@hotmail.com

INSTITUCION: Hospital Simón Bolívar, Bogotá D.C., Colombia

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones pulmonares congénitas tienen una incidencia de 1/10.000-35.000 sin predilección por raza o sexo y son responsables de una alta morbimortalidad fetal. El diagnóstico prenatal se realiza ecográficamente y se clasifica en macroquístico o microquístico según el tamaño de los quistes (mayor o menor de 5mm). Aunque un 50% de las lesiones regresan espontáneamente y no se detectan posnatalmente, las lesiones más grandes y/o asociadas a complicaciones como hidrops fetal requieren intervención precoz.

Existen dos condiciones que generan más controversia: La malformación congénita de la vía pulmonar (CPAM) antes conocida como MAQ y el secuestro broncopulmonar (SP).

La CPAM es un tumor displásico con formación de quistes y sobrecrecimiento adenomatoso de los bronquiolos terminales.

El SP es una lesión sólida no funcional sin comunicación con el árbol bronquial que tiene suplenencia sanguínea aberrante originada generalmente de la Aorta.

En un 40% de los pacientes un CPAM se manifiesta como un híbrido CPAM-SP lo que sugiere que ambas lesiones tienen un mismo origen embriológico y por tanto representan 2 espectros de la misma enfermedad.

Se ha propuesto que el uso de betametasona 12mg cada 12 horas (2 dosis) podría estimular la maduración de las células pulmonares, afectar la proliferación celular y la apoptosis, reduciendo el crecimiento de CPAM, logrando disminución y regresión de la misma y sus complicaciones.

El objetivo de nuestra revisión es determinar la eficacia del tratamiento con esteroides en la resolución y/o involución de estas condiciones genéticas pulmonares y sus complicaciones con uno o varios ciclos de esteroides.

MATERIALES Y MÉTODOS: revisión en estudios retrospectivos de la respuesta de CPAM y/o SP tratados con al menos un ciclo de corticoides.

RESULTADOS:

Se revisaron 4 estudios y un reporte de caso, para un total de 88 pacientes.

Todos presentaban un CVR > 1,6 y 37/88 cursaban con hidrops fetal al momento de la administración del corticoide.

2/88 (2,2%) cursaron con SP, 1/88 (1,1%) CPAM-SP, 1/88 (1,1%) enfisema lobar y 1/88 (1,1%) atresia bronquial, estos con requerimiento de dosis adicionales de corticoide u otras intervenciones.

17/88 (19,3%) recibieron más de un curso de esteroide por respuesta insuficiente en el 1er ciclo y de estos un 58,8% (10/17) respondieron en el 2 ciclo, 12,5% (2 fetos) recibieron 3 ciclos con respuesta del 50%.

Se observó respuesta favorable en 50/88 (56,8%) al 1er ciclo de corticoides sin requerir segunda intervención y con evolución favorable postnatal.

9/88 (10,2%) de los pacientes fallecieron relacionado con el compromiso de la masa y la prematuridad al nacimiento.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



CONCLUSION: Los pacientes con CPAM de alto riesgo muestran respuesta favorable en el 50% de los casos tras administración de un ciclo de corticoide. Los pacientes no respondedores podrían beneficiarse de un 2º ciclo con efecto positivo total en el 68% dependiendo del tamaño de la masa y complicaciones asociadas, sin embargo debería considerarse en ellos la intervención quirúrgica fetal o perinatal precoz.

PALABRAS CLAVE: MAQ, ESTEROIDES, SECUESTRO PULMONAR.



DISPLASIA RENAL MULTIQUISTICA BILATERAL PRENATAL (POTTER II), REPORTE DE UN CASO.

Aragón-Mendoza R, Rodríguez-Ortiz J, Guzmán-Murcia M, Angarita M.

Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Militar Central – U Bogota Colombia

Palabras clave: riñón displásico multiquistico” y “enfermedades fetales”

Introducción

La displasia renal multiquistica es una enfermedad en la cual el parénquima renal es remplazado por múltiples quistes no comunicantes de tamaño y numero variable, derivados de glomérulos inmaduros y túbulos primitivos que se rodean de parénquima displásico. Su incidencia es baja, de 1 caso por 4300 nacidos vivos, de los cuales tan solo el 20% es bilateral y su diagnóstico definitivo es histopatológico. A continuación se presenta un caso de displasia renal multiquistica bilateral prenatal y revisión de la literatura.

MATERIALES Y METODOS

Paciente de 23 años, G1P0, con embarazo de 18 semanas es remitida por hallazgo ecográfico de riñones poliquísticos bilaterales, sin antecedentes de importancia, sin contar con ecográficas previas. La ecografía institucional muestra un embarazo de 19 semanas y riñones con múltiples lesiones anecoicas de diferentes diámetros no comunicantes, parénquima renal ecogénico y anhidramnios, hallazgos compatibles con displasia renal multiquistica bilateral. La paciente solicita la interrupción voluntaria del embarazo y obteniéndose feto masculino de 250 gramos sin malformaciones mayores. El estudio de patología muestra un feto de 18 semanas, facies de secuencia Potter sin otras malformaciones externas, el parénquima renal con arquitectura alterada por la presencia de estructuras quísticas dilatadas con revestimiento por epitelio monoestratificado en un estroma mixoide con ocasionales túbulos residuales pequeños y diagnóstico definitivo de displasia renal quística bilateral tipo IIa de osathanond y Potter de riñones multiquisticos. Se realiza una revisión en las bases de datos: Medline vía PubMed, Lilacs, SciELO, ScienceDirect y Ovid con los términos DeCS “riñón displásico multiquistico” y “enfermedades fetales” desde Enero 2009 a Diciembre 2018.

RESULTADOS

De 548 artículos se seleccionaron 18 relacionados con el manejo prenatal y pronóstico neonatal, los cuales fueron estudios observacionales retrospectivos y revisiones de la literatura. La displasia renal multiquistica es una enfermedad debida a una interacción anormal entre el brote ureteral y el blastema metanérico que causa una falla en la adecuada diferenciación de estas estructuras. Su asociación con anomalías cromosómicas es del 2% a 4%, pero alcanza hasta el 25% cuando se presenta con otras malformaciones, asociado a síndromes no cromosómicos en un 5% como el VACTERL o Meckel–Gruber y presenta un riesgo de recurrencia de 1 a 2%.

La displasia renal multiquistica bilateral se presenta en menor frecuencia y a pesar de no encontrarse malformaciones asociadas el pronóstico es desfavorable debido a la falla renal, anhidramnios que resulta en la secuencia de Potter y la muerte neonatal por hipoplasia pulmonar.

CONCLUSION.

La displasia renal multiquistica bilateral es una patología de baja incidencia, principalmente en varones que resulta en anhidramnios de instauración temprana, produciendo una hipoplasia pulmonar, que implica ser de evolución letal, por lo cual se debe realizar una asesoría prenatal ofreciendo la interrupción del embarazo como lo establece la legislación vigente.



OP-49

¿DEBEMOS MEDIR LOS HUESOS EN LAS CUATRO EXTREMIDADES?. DEFICIENCIA CONGENITA DE EXTREMIDADES. REPORTE DE 4 CASOS.

AUTORES: Camacho Montaña A *, Niño Alba R, González Valencia D, Alvear R.

*(Camacho.andresm@gmail.com)

INSTITUCION: USS Instituto materno infantil. Bogotá D.C. Colombia.

INTRODUCCION:

La deficiencia congénita de las extremidades, son un grupo de alteraciones poco frecuentes, caracterizadas por la hipoplasia o la agenesia de uno o de varios huesos de las extremidades. Revisamos una serie de 4 casos con agenesia o hipoplasia severa unilateral de huesos largos.

MATERIALES Y METODOS:

Realizamos un estudio descriptivo, de una serie de 4 casos, con diagnóstico prenatal por ultrasonido de deficiencia congénita de extremidades, dos casos de agenesia unilateral de radio, un caso de agenesia de tibia y un caso de hipoplasia unilateral de fémur. Se obtuvo consentimiento informado en todos los casos.

RESULTADOS:

Caso1, mujer de 28 años, G3P1A1V1, historia médica personal o familiar negativa para infecciones o malformaciones, diagnóstico prenatal por ultrasonido: agenesia de tibia izquierda, pie equino y polihidramnios. Parto vaginal en semana 38, con producto de 2875 g, 48 cm. Se hospitaliza en unidad de cuidados intensivos por 40 días. Se documenta y se realiza corrección de fistula traqueo esofágica. Cariotipo normal. Agenesia de tibia, manejo propuesto por ortopedia: amputación a los 11 meses de edad. Seguimiento a 9 meses de recién nacido con evolución satisfactoria.

Caso 2, mujer de 21 años, G1P0, historia médica personal o familiar negativa para infecciones o malformaciones, diagnóstico prenatal por ultrasonido: agenesia de radio, vana cava superior izquierda persistente. Parto vía cesárea en semana 39, con producto femenino de 2730 g, 50 cm. Agenesia de radio, se identifica y se realiza corrección de malformación urogenital: cloaca. Seguimiento a 5 meses del recién nacido con evolución satisfactoria.

Caso 3, mujer de 27 años, G1P0, historia médica personal o familiar negativa para infecciones o malformaciones, diagnóstico prenatal por ultrasonido en semana 17: agenesia de radio, deformidad de mano, cardiopatía: canal auriculoventricular. Se produce aborto espontáneo en semana 19. Reporte de patología: agenesia de radio, deformidad de mano, agenesia de pabellón auricular, cardiopatía: canal auriculoventricular.

Caso 4, mujer de 24 años, G2P1C0V1, historia médica personal o familiar negativa para infecciones o malformaciones, diagnóstico prenatal por ultrasonido: hipoplasia unilateral de humero. Actualmente gestación de 34 semanas con restricción de crecimiento en seguimiento.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



CONCLUSIONES:

La deficiencia de las extremidades en conjunto tienen una incidencia de 1 en 1300 a 1 en 2000 recién nacidos, (Wilcox, 2015). La incidencia de: la agenesia de radio es de 1 en: 30 000, (Pei 2018), de la agenesia de tibia es de 1 en 1 000 000, (Senthil 2016) y la hipoplasia unilateral de fémur de 1 en: 100 000 (Doger 2013). La asociación en la literatura con otras malformaciones es alta, lo cual también se observa en nuestra corta serie de casos. el diagnóstico y la asesoría prenatal es un reto para el especialista por la baja incidencia de estas condiciones.

PALABRAS CLAVES

Diagnóstico prenatal – ultrasonido – deficiencia congénita de extremidades.



MANEJO ACTUAL Y PRONÓSTICO DEL EMBARAZO INTRAUTERINO EN CASOS DE EMBARAZO HETEROTÓPICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Carrillo-Moreno, D. Hernández-Cuevas, S. Rodríguez-Ortiz, J.
cshernandezc@unbosque.edu.co
Hospital Simón Bolívar. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es definido como la coexistencia de una gestación intra y extrauterina, la incidencia espontánea es baja, aproximadamente 1/30000 embarazos sienten 300 veces más común con técnicas de reproducción asistida con una incidencia de hasta 1/100, debe ser un diagnóstico diferencial para cualquier paciente con embarazo intrauterino que se presente con dolor abdominal y líquido libre en cavidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se reporta un caso de una gestante de 29 años G2P0C0E1V0, con antecedente de embarazo ectópico tubárico izquierdo 10 meses antes que requirió salpinguectomía por ruptura espontánea. Consulta por cuadro clínico de inicio agudo de dolor intenso en fosa iliaca derecha irradiado al área pélvica, con amenorrea de 4 semanas, al examen físico con signos de irritación peritoneal, a la exploración genital dolor intenso anexial derecho, sin sangrado vaginal. Se realiza ecografía transvaginal encontrando útero con dimensiones de 92x52,5x62 mm con saco gestacional en su interior de 41x23x35 mm con embrión con CRL de 16,5 mm para 8.1 semanas, vesícula vitelina de 5 mm y embriocardia: 156 lpm, con hematoma retrocorial adyacente de 16x6 mm, cervicometría de 35 mm; a nivel anexial derecho saco gestacional con embrión en su interior con CRL de 15 mm para 7.6 semanas y embriocardia: 160 lpm, abundante líquido libre en fondo de saco posterior. Se diagnostica embarazo heterotópico con ruptura espontánea de embarazo ectópico anexial derecho. Se lleva la paciente a laparotomía exploratoria encontrando embarazo ectópico tubárico derecho de 5x3 cm, roto, con hemoperitoneo de 500 cc, se realiza salpinguectomía y limpieza cavidad, se finaliza el procedimiento sin complicación. Seguimiento en postoperatorio inmediato y 2 semanas después con viabilidad de gestación intrauterina. Se realizó una revisión de la literatura en las bases de datos: PubMed, Ovid y ScienceDirect en los últimos 10 años, usando los términos: embarazo heterotópico, tratamiento y pronóstico.

RESULTADOS

De 3587 títulos, se seleccionaron 7 artículos relacionados con el manejo y pronóstico del embarazo heterotópico, 1 revisión, 4 estudios clínicos retrospectivos, 1 revisión sistemática y 1 reporte de caso. La herramienta diagnóstica más importante será la ecografía pélvica transvaginal con una sensibilidad 71 – 100% especificidad 41 – 99 % para identificar embarazo ectópico.

Dentro de las diferentes opciones de tratamiento encontradas están: el manejo expectante, manejo quirúrgico (salpinguectomía, salpingostomía, resección cornual, ooforectomía o histerectomía abdominal total, de acuerdo a los hallazgos y la localización), y la aspiración



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



transabdominal guiada por ultrasonografía, con o sin tratamiento farmacológico (glucosa hiperosmolar o cloruro de potasio) en casos en que el saco gestacional pueda ser completamente visualizado.

CONCLUSIONES

Para las modalidades de tratamiento, los estudios evidencian que el manejo con aspiración del embarazo ectópico presenta mejores resultados maternos y menores tasas de pérdida del embarazo intrauterino, en contraste con el tratamiento quirúrgico que muestra mayor tasa de aborto, y el manejo expectante que tiene peores resultados maternos.

PALABRAS CLAVE: embarazo heterotópico, tratamiento, pronóstico



OP-60

ECTÓPICO DE CICATRIZ DE CESAREA CON PROGRESIÓN A INVASIÓN PLACENTARIA ANORMAL MANEJO EXPECTANTE SEGÚN VOLUNTAD DE PACIENTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

López-Girón MC, Arango JC, Messa-Brion A, Quintero JC, Nieto-Calvache AJ, Zambrano MA

Correo: albarojosenieto@yahoo.com

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali – Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN La localización de un embarazo en la cicatriz de cesárea (ECC) es inusual y su relación con el desarrollo posterior de invasión placentaria anormal (IPA) se ha descrito con poca frecuencia ya que la mayoría de los casos se complica con sangrado, o son tratados, antes de la viabilidad del embarazo. Reportamos el caso de una paciente con ECC, con progresión a IPA, manejada de manera integral en la Fundación Valle de Lili (FVL)

MATERIALES Y MÉTODOS Se realizó un reporte de caso con revisión de la literatura. Se consultaron bases de datos (Medline vía PubMed, Embase y Lilacs) con los términos MESH: “cesarean scar pregnancy”, “morbidly adherent placenta” “placenta accreta”, en inglés y español, sin límite de tiempo. Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

RESULTADOS Reportamos el caso de una mujer de 37 años G4C2A1, con diagnóstico de embarazo ectópico de la cicatriz uterina a la semana 7 y craneoraquisquis fetal a la semana 15,4. A pesar de tratarse de una patología fetal mortal, la paciente se niega a finalizar su embarazo y el cuadro progresa a IPA, con placenta precreta con compromiso vesical y parametrial. Luego de un abordaje interdisciplinario, respetando las creencias religiosas y los deseos de la paciente, se realiza manejo quirúrgico de la IPA con cesárea histerectomía a la semana 31, utilizando oclusión endovascular aórtica. Aunque se requiere transfusión de 1 unidad de glóbulos rojos, la estancia hospitalaria fue de 3 días en el postquirúrgico y no se presentó lesión de la vía urinaria u otras complicaciones mayores.

Si bien no se ha establecido una relación causal entre ambas patologías, se postula que el ECC es un precursor de IPA. El manejo de la entidad depende de la edad gestacional a la que se diagnostique, siendo infrecuente que se permita la continuidad del embarazo más allá del primer trimestre. Aunque el riesgo de sangrado masivo fue muy elevado, la negativa de nuestra paciente a finalizar su gestación en el primer trimestre permitió la documentación ecográfica de la transformación de un ECC a IPA.

CONCLUSIONES El manejo del ECC y sus complicaciones representan un reto en la actualidad y amerita tener en cuenta los intereses de la paciente, aunque de ésta manera aumente la complejidad del cuadro. Las mujeres con ECC y PAI deben ser manejadas por grupos interdisciplinarios en centros de referencia para estas patologías.

PALABRAS CLAVE Embarazo ectópico, placenta accreta, cicatriz de cesárea, histerectomía.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO - FLASOG -



OP-67

CARIOTIPO FETAL EN LÍQUIDO AMNIÓTICO, RESULTADOS EN INSTITUCIÓN DE III NIVEL DURANTE EL AÑO 2017.

AUTORES: Montañez-Aldana Miguel Angel (e-mail: montanezmiguel@yahoo.com); Pérez-Sánchez Susana Angélica; Reyes-Lara Luis Eduardo; Romero-Murillo Nicolás Enrique, Vargas-Contreras Eliana Rocío.

INSTITUCIONES: E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Boyacá, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico prenatal basado en imágenes e historia detecta riesgos para cromosomopatías y ofrece pruebas para confirmación como el cariotipo en líquido amniótico. Se realizó estudio para caracterización de pacientes con cariotipo fetal en el Hospital San Rafael Tunja.

MATERIALES Y METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital San Rafael Tunja, donde se incluyeron la totalidad de pacientes que se les realizó amniocentesis durante el 2017. Se revisaron historias clínicas teniendo como variables edad materna, indicación y resultados de cariotipo fetal. La información fue analizada con Microsoft Excel 2013.

RESULTADOS: Durante el 2017 se realizaron 32 amniocentesis para cariotipo fetal. La edad promedio fue 30,7 años; 11 exámenes en mayores de 35 años. Las indicaciones fueron por hallazgos ecográficos. El 87,5% de las muestras presentaron crecimiento en el medio de cultivo. Se documentaron 25 cariotipos normales y 3 cariotipos con trisomía (47XX+21, 47XY+21 y 47XY+18). Los cariotipos con trisomía correspondieron a pacientes mayores de 35 años.

CONCLUSIONES: Durante el 2017 se requirieron diez procedimientos invasivos para diagnosticar una aneuploidía. Las trisomías correspondieron a embarazos con riesgo por edad materna, aunque solo el 34,3% de mujeres pertenecían a este grupo etario. El diagnóstico oportuno permite toma adecuada de decisiones para el abordaje multidisciplinario o la decisión de interrupción voluntaria según la legislación actual.

PALABRAS CLAVE: Amniocentesis, cariotipo fetal, diagnóstico prenatal.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-68

CARACTERIZACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE MADRES CONSUMIDORAS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DURANTE LA GESTACIÓN, DE AGOSTO A NOVIEMBRE DE 2018 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEUZ

AUTORES: Ruiz-Moreno G, Rodríguez-Melo P, Solano-Zapata L, Bautista-Vargas S, Rubiano-Pedroza J.
ginetharm@gmail.com

INSTITUCIÓN: Universidad de Pamplona, Hospital Erasmo Meoz, Cúcuta, Norte de Santander.

INTRODUCCIÓN: el objetivo principal del presente trabajo, se centra en la descripción de las características clínicas y sociodemográficas junto a las complicaciones obstétricas y neonatales presentadas en gestantes consumidoras de sustancias psicoactivas que asisten al Hospital Universitario Erasmo Meoz.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio descriptivo de tipo serie de casos que incluyó la totalidad de las gestantes que acudieron al Hospital Erasmo Meoz, entre Agosto y Noviembre de 2018, con el criterio de previa exposición a sustancias psicoactivas durante la gestación, confirmado mediante screening toxicológico o reporte en historia clínica.

RESULTADOS: fue realizada una descripción de las características clínicas, obstétricas y neonatales, sustancias psicoactivas consumidas durante la gestación y aspectos sociodemográficos que tuviesen repercusiones significativas para los pacientes de la serie estudiada. Se reportaron complicaciones obstétricas como ruptura prematura de membranas y amenaza de aborto y parto pretérmino, un total de tres partos transcurrieron sin atención médica, predominó el consumo de sustancias ilegales y poli consumo en 33% de las pacientes. Cabe destacar el pobre control prenatal descrito en la totalidad de las gestantes; evidenciando el alto riesgo gestacional al cual fueron expuestos todos los neonatos pertenecientes a la serie descrita (relacionado posiblemente al fenómeno migratorio fronterizo) adicionalmente 44.4% procedían de Venezuela. Se identificaron 3 gestantes con diagnóstico de síndrome de abstinencia y otras tres presentaron sífilis gestacional. 44% de los neonatos fue diagnosticado con síndrome de abstinencia neonatal, 29% con malformaciones congénitas correspondientes a cardiopatías, 100% se beneficiaron de intervenciones en unidad de cuidado intermedio neonatal significando mayor morbilidad y uso de recursos hospitalarios, conformando una problemática de especial relevancia para el ejercicio médico.

CONCLUSIÓN: al ser observada mayor morbilidad en gestantes y neonatos expuestos a sustancias psicoactivas, se reconoce la importancia de la detección e intervención temprana en grupos poblacionales vulnerables, en aras de favorecer el desarrollo adecuado de la gestación, parto y primera infancia; procesos fundamentales para el progreso de toda nación.

PALABRAS CLAVE: psicoactivos, gestación, complicaciones.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-69

INSERCIÓN VELAMENTOSA DE CORDÓN UMBILICAL. SERIE DE CASOS

AUTORES: Torres GC (clarasalvarado@yahoo.com), Ruiz G, Gomez JJ, Duque MA, Alfonso DA, Alvarado CC.

INSTITUCION: Clínica del Country, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCION: Nuestro objetivo es describir cuatro casos de inserción velamentosa de cordón umbilical, diagnosticados en ecografías prenatales y confirmadas en el momento del parto.

PRESENTACION DE CASOS: Descripción de cuatro mujeres gestantes con hallazgos ecográficos compatibles con inserción velamentosa del cordón umbilical y confirmación postnatal en la Clínica del Country en los años 2018 y 2019. La primera de ellas de 36 años, G1P0 con diagnóstico de inserción velamentosa de cordón y lóbulo placentario accesorio desde en la semana 20, seguimiento ecográfico y cesárea programada a la semana 38. El segundo caso corresponde a una mujer de 33 años, G2P1 con diagnóstico de inserción velamentosa del cordón umbilical desde la semana 17, vigilancia ecográfica y cesárea programada a las 39 semanas. El tercer caso se trata de una gestante de 34 años, G1P0, hipertensa crónica, con identificación de inserción velamentosa de cordón umbilical desde la semana 12, seguimiento ecográfico constante y llevada a cesárea por inducción fallida a la semana 37. La última paciente es una mujer de 31 años, G2P1C1, con sospecha ecográfica de inserción velamentosa del cordón umbilical desde la semana 12 de embarazo, vigilancia ecográfica frecuente y programada para cesárea las 37 semanas.

CONCLUSIONES: La valoración sistemática de la inserción del cordón umbilical y la localización placentaria, incluso desde el primer trimestre de la gestación, permiten la sospecha y diagnóstico temprano de alteraciones como inserción velamentosa de cordón umbilical, permitiendo realizar seguimiento oportuno y planeación del parto, disminuyendo así la morbimortalidad materno fetal.

Palabras clave: Inserción velamentosa, anomalías cordón umbilical.



REPORTE DE CASO: ENCEFALOCELE, DIAGNOSTICO PRENATAL

AUTORES: Bonfante- Tamara M¹ (m.bonfantet@gmail.com), Laverde- Preciado LM¹ Preciado¹, Sanin-Blair JE², Gutierrez- Marin JH², Garcia-Posada RA², Campo-Campo MN²

¹ Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.

² Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

INSTITUCIÓN: Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia

INTRODUCCIÓN:

Las malformaciones del tubo neural tienen una incidencia de 1-5/10.000 NV, usualmente estos defectos se encuentran asociados con otras malformaciones del SNC lo que tiene una fuerte implicación en el pronóstico.³ La mortalidad es de aproximadamente 76% siendo común en los primeros días de vida, el 50% de los que sobreviven tendrán alguna alteración en el neurodesarrollo.⁴

El diagnóstico prenatal es ultrasonográfico, la tasa de detección oscila entre 60-94% de los casos, otras estrategias diagnosticas son la Resonancia Magnética Nuclear (RNM) que confirma el diagnóstico e identificar malformaciones asociadas.⁴ El tratamiento consiste en la corrección del defecto de manera prenatal ó posnatal, la reparación prenatal pudiese detener la progresión de la herniación y dar mejoría de la ventriculomegalia y la anomalía de Arnold Chiari.^{4,5}

Debido a que el diagnóstico temprano y oportuno impacta en el pronóstico de estos pacientes, es primordial el conocimiento de esta patología, su seguimiento y manejo, el cual se debe interdisciplinario en institución de alto nivel de complejidad.

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

RESULTADOS:

Paciente de 21 años, O Rh +, G1. 23 semanas por ecografía temprana, remitida a medicina materno fetal diagnóstico perinatal de encefalocele occipital, se realiza una valoración detallada, se descarta malformaciones asociadas y anomalía cromosómica y. Nace RNAT femenino a las 38.5 semanas cesárea electiva, Apgar 8-10 adaptación neonatal espontánea. Diagnóstico encefalocele occipital, malformación Chiari Tipo III. Manejo quirúrgico del defecto por craneotomía con plastia de meninge y craneoplastia, sin complicaciones. A la fecha cumple dos meses de vida con evolución satisfactoria y manejo multidisciplinario.

Paciente de 30 años, G1, A +. Remitida a medicina materno fetal por diagnóstico de meningocele occipital a las 29 semanas, con compromiso de fosa posterior sin ventriculomegalia, microrretrognatia y secuencia Pierre-Robin. Nace RNAT a las 38+1 semanas por cesárea, sexo masculino de 3175 g Apgar 8-10 adaptación espontánea. Diagnóstico posnatal Síndrome de Goldenhar. Se llevó a corrección de encefalocele occipital más duroplastia, sin complicaciones. Actualmente 3 meses de edad, portador de gastrostomía, seguimiento por neurología y neurocirugía.

CONCLUSIÓN:



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



Los defectos del tubo neural tipo encefalocele occipital son malformaciones congénitas severas, pero con un pobre pronóstico posnatal, alcanzando mortalidades tan altas como el 76%. Su diagnóstico prenatal permite un acompañamiento y adecuado asesoramiento a la familia, garantizando una atención integral postnatal.

PALABRAS CLAVE: Encefalocele, defectos del tubo neural, encefalocele occipital



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-81

VASA PREVIA: REPORTE DE DOS CASOS.

AUTORES: Torres GC (clarasalvarado@yahoo.com), Duque MA, Acosta E, Alvarado CC, Alfonso DA, Sanchez G.

INSTITUCION: Clínica del Country, Medicina Materno Fetal del Country. Bogotá, Colombia

INTRODUCCION: Se realiza la descripción de dos casos de vasa previa diagnosticados en el tercer trimestre del embarazo y confirmados en el parto.

PRESENTACION DE CASOS: Se presentan los casos de dos gestantes en tercer trimestre de la gestación, con amenaza de parto pretérmino en estudio, quienes fueron diagnosticadas con vasa previa en la Clínica del Country y Medicina Materno Fetal del Country y con hallazgos confirmados en el momento del parto en la Clínica del Country en los años 2018-2019.

La primera paciente, una mujer de 37 años G2 P1 con diagnóstico previo de placenta de inserción marginal, quien consultó en varias ocasiones por sangrado genital. En la semana 30 se realiza cervicometría y con ayuda de doppler color, se encontró un vaso sanguíneo independiente del cordón umbilical, con flujo venoso, cubriendo el OCI. Se supervisa estrictamente y a la semana 34 por actividad uterina regular y ante el riesgo de hemorragia de tercer trimestre y riesgo de muerte fetal, se realiza cesárea corroborando los hallazgos ecográficos.

El segundo caso se trata de una mujer de 38 años G3P1A1 quien consulta por actividad uterina, y en la cervicometría y utilizando el doppler color se encuentra un lóbulo placentario accesorio de inserción marginal y un vaso sanguíneo con flujo venoso que pasa adyacente al OCI y comunica el lóbulo placentario descrito con un disco placentario fúndico. Se realiza monitorización estricta y se programa para cesárea a la semana 36 corroborándose los hallazgos prenatales.

CONCLUSIONES: La realización de cervicometría con utilización doppler color en gestantes que cursan con sangrado genital, permite la detección de vasa previa entre otras patologías que requieren seguimiento estricto y planeación del parto debido a las potenciales complicaciones que traen, disminuyendo así la morbi mortalidad materna y fetal.

PALABRAS CLAVE: Anomalías cordón umbilical, vasa previa



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-82

EMBARAZO HETEROTOPICO CON UN SACO GESTACIONAL INTRAUTERINO Y EL SEGUNDO CASO A NIVEL CERVICAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA.

AUTORES: Torres GC (clarasalvarado@yahoo.com), Ruiz G, Alfonso DA, Camacho AM, Duque MA, Alvarado CC.

INSTITUCION: Clínica del Country, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCION: Reportamos un caso de embarazo heterotópico con un saco gestacional intrauterino y el otro a nivel cervical.

PRESENTACION DE CASO: Se describe el caso de una mujer de 30 años, G1P0 con embarazo de 5 semanas 3 días y sangrado genital, a quien se encuentra en ecografía transvaginal dos sacos gestacionales con estructuras embrionarias en su interior, uno intrauterino y el otro en el cérvix. Es manejada con metotrexate sistémico en múltiples dosis logrando la evacuación de ambos sacos gestacionales, en la Clínica del Country en febrero del 2019.

CONCLUSIONES: La detección temprana de casos poco frecuentes y con tratamientos no estandarizados como los embarazos heterotópicos, (en este caso con un saco intrauterino y un saco a nivel cervical), permite instaurar tratamiento precoz, individualizando cada paciente y realizar exitosamente manejo conservador en mujeres jóvenes con deseo de preservar la fertilidad.

PALABRAS CLAVE: Heterotópico, embarazo ectópico



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-83

QUISTE AMNIOTICO EN INSERCION DE CORDON UMBILICAL: REPORTE DE UN CASO.

AUTORES: Torres GC (clarasalvarado@yahoo.com), Ruiz G, Duque MA, Alfonso DA, Alvarado CC.

INSTITUCION: Clínica del Country, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCION: Se presenta el caso de un quiste amniótico en la inserción del cordón umbilical a la placenta, detectado en la semana 29 de gestación, confirmado en el parto.

PRESENTACION DE CASO: Se describe el caso de una mujer gestante de 35 años, G2P1, a quien en ecografía obstétrica de control a la semana 29 se encuentra una imagen quística, subamniótica, sobre la inserción del cordón umbilical en la placenta, de 40x 20x31mm. Se realiza seguimiento ecográfico durante el tercer trimestre. Parto vaginal a la semana 39, en la Clínica del Country en el año 2019, donde se corroboran hallazgos prenatales

CONCLUSIONES: La evaluación sistemática de la inserción del cordón umbilical en las ecografías obstétricas permite la sospecha y/ detección de alteraciones estructurales que ameritan seguimiento estricto debido a su baja frecuencia y desconocimiento del impacto en el feto.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-84

HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN UN FETO CON TRISOMIA PARCIAL DE CROMOSOMA 9. REPORTE DE CASO.

AUTORES; Sanchez SM (clarasalvarado@yahoo.com), Acosta E, Alvarado CC, Alfonso DA.

INSTITUCION: Hospital Universitario Clínica San Rafael, Medicina Materno Fetal del Country, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCION: Se presenta el caso de un feto dismórfico, producto de gestación de madre con translocación balanceada entre cromosomas 9 y 15. Se hace la correlación con cariotipo y con los hallazgos postnatales.

PRESENTACION DE CASO: Se realiza la descripción del caso de una mujer gestante G2 P1, con antecedente de primer hijo con dificultades en el lenguaje y ductus arterioso persistente que requirió cierre quirúrgico, quien cursa con segundo embarazo con un feto dismórfico, con hallazgo de cariotipo en líquido amniótico: 46,XY,der(15),t(9;15)(q13;q15)mat. Este resultado es idéntico al cariotipo en sangre del primer hijo. Padre con cariotipo normal y madre fenotípicamente normal con cariotipo que muestra translocación recíproca entre cromosomas 9 y 15 (46,XX,t(9;15)(q13;q15)). Se demuestra correlación entre hallazgos ecográficos prenatales observados en el servicio de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Universitario Clínica San Rafael y Medicina Materno Fetal del Country y hallazgos post natales encontrados en la Unidad de Recién Nacidos del Hospital Universitario Clínica San Rafael, entre los cuales se encuentran alteraciones cráneo faciales, cardiopatías, alteraciones en extremidades y bajo peso.

CONCLUSIONES: Alteraciones cromosómicas estructurales fetales obligan a descartar la presencia de alteraciones estructurales balanceadas en alguno de los progenitores. Aunque el grado de severidad en el fenotipo de individuos con trisomía parcial del cromosoma 9, varía de acuerdo a la localización y extensión del área cromosómica comprometida, es posible encontrar rasgos característicos en individuos afectados.

PALABRAS CLAVE: Trisomía cromosoma 9, feto dismórfico, alteraciones cromosómicas estructurales.



OP-85

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE PULSATILIDAD DEL ISTMO AÓRTICO Y LA FUNCIÓN CARDÍACA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN FETOS POR DEBAJO DEL PERCENTIL TRES PARA LA EDAD GESTACIONAL

Wadnipar-Gutierrez M¹, Otero-Pinto J², Pinto- Vasquez J³, Deluque- Gonzalez J⁴

¹Medica Residente de Ginecología y Obstetricia de tercer año, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

² Especialista en Medicina Materno Fetal. Bucaramanga, Colombia.

³Medico. Universidad del Magdalena. Colombia

⁴Medico y cirujano. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Malka_159@hotmail.com

Introducción:

Ante la necesidad de tener un parámetro con poder de predicción de desenlaces adversos que permita definir el momento oportuno de nacimiento de un feto con RCIU, aparece el índice de pulsatilidad del istmo aórtico, es el punto de conexión entre los dos sistemas circulatorios fetales dispuestos en paralelo entre el ventrículo izquierdo y el derecho.

El objetivo de este estudio fue establecer la correlación entre el índice de pulsatilidad del istmo aórtico y la función del ventrículo izquierdo medida por el índice de TEI (ITEI), en fetos con peso fetal estimado por debajo del percentil 3 (PFE < p3).

Materiales y métodos: Entre marzo del 2018 y enero del 2019, en la Unidad Materno-fetal del Hospital Universitario de Santander, se realizó un estudio descriptivo de cohorte en 55 gestantes con fetos con PFE < p3 entre la 24-37 semanas.

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Científica UIS y el comité de ética del Hospital Universitario de Santander.

Resultados: Se encontró que existe una correlación lineal positiva entre el índice de pulsatilidad del istmo aórtico y el índice de TEI de 17,07%. Es decir, a medida que aumenta el istmo aórtico aumenta el ITEI. A su vez, se encontró que a medida que incrementa el estadio Doppler hay un aumento en la correlación entre las dos variables analizadas, siendo en el estadio I de 4,94%, en el estadio II es de 1% y en el estadio III de 80 %. Al analizar cada uno de los estadios se pudo estimar un coeficiente de determinación (R²) de: 0.001 para el estadio I, de 0.13 para el estadio II y de 0.54 para el estadio III. De acuerdo con el valor de coeficiente de determinación (R²) la proporción de varianza es compartida por ambas variables, siendo para el estadio I pequeña, en el estadio II media/moderada y en el estadio III fuerte, lo que reafirma la correlación de las dos variables (figura 1).

Conclusiones: Se pudo establecer que existe una correlación positiva entre el índice de pulsatilidad del istmo aórtico y el ITEI en fetos con PFE < p3. A su vez, se encontró que a medida que incrementa el estadio Doppler hay un aumento en la correlación entre las dos variables analizadas. Sin embargo, se considera necesario continuar con esta línea de investigación para establecer el papel predictivo de desenlace adverso al usar esta correlación.

Palabras clave: Restricción del crecimiento intrauterino, Istmo aórtico, índice de TEI.



OP-87

RECURRENCIA DE TUMOR PHYLLODES BENIGNO DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Cortes-Salazar M (Marthacortessalazar@gmail.com) López-Farfán S, Silva-Franco E.

Institución Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar-Sub Red Norte, Bogotá, Colombia.

Introducción El tumor Phyllodes es una neoplasia fibroepitelial rara; constituye el 0.3 al 0.9% de tumores de mama y 2-3% de los tumores fibroepiteliales, con una incidencia de 1/100.000 mujeres. Puede presentarse a cualquier edad y no hay características confiables para predecir su comportamiento clínico. La mayoría son benignos, pero hasta el 33% pueden ser malignos.

La recurrencia de este tipo de tumor se presenta en el 28% de los casos por lo que se recomienda un margen de resección de mínimo 1 cm (escisión local amplia), logrando una reducción significativa del riesgo de recurrencia del 28% al 8% para tumores borderline, sin embargo hacen falta estudios que definan la utilidad de la escisión local amplia para reducir la potencial recurrencia del tumor borderline benigno a tumor phyllodes maligno ya que puede presentarse hasta en un 33%.

Materiales y métodos Describir la historia clínica de una paciente de 46 años que presentó recurrencia de Tumor Phyllodes benigno de mama, el cual fue manejado quirúrgicamente con éxito y realizar una revisión de la literatura actualizada.

Resultados Paciente de 46 años con antecedente de cuadrantectomía mamaria izquierda hace 2 años y diagnóstico histopatológico de Tumor Phyllodes benigno con bordes libres, reingresa a consulta de por sensación de masa indolora en mama izquierda, al examen físico con masa móvil irregular de 8 cm de diámetro en cicatriz previa no adherida a plano profundo, sin alteración de piel y ganglios axilares negativos, mamografía bilateral Bi-rads 0, con lesión de alta densidad de bordes lobulados hacia los cuadrantes superiores del seno, ganglios axilares benignos y ecografía mamaria Bi-rads IV con lesión de aspecto infiltrante en el cuadrante superior de la mama izquierda, micronódulos mamarios sólidos bilaterales, el reporte de la biopsia Trucut fue: Tumor Phyllodes con leve atipia nuclear y cambios de metaplasia apocrina, considerándose mastectomía parcial izquierda

Reconsulta 5 meses posterior a biopsia Trucut por crecimiento de masa, comprometiendo los cuadrantes superiores de aproximadamente 15 cm de diámetro con compromiso de piel, asociado a tejido necrótico. Se realiza mastectomía parcial con hallazgos: masa de 15 cm de diámetro irregular grisácea, necrótica con áreas fibrosas y quistes de contenido cetrino no adherida a musculo pectoral mayor. Reporte histológico: Tumor Phyllodes de tipo borderline con extensas áreas de necrosis periférico e inflamación aguda supurativa en íntimo contacto con bordes de sección material necrótico con hemorragia e inflamación aguda supurativa.

Conclusiones Los tumores Phyllodes benignos son neoplasias fibroepiteliales raras, cuyo diagnóstico definitivo es el estudio histopatológico. Según la literatura la recurrencia puede disminuir significativamente con un enfoque quirúrgico adecuado sin embargo hacen falta estudios completos suficientes para determinar esta recurrencia y el impacto del abordaje



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



quirúrgico en la población colombiana, con este reporte de caso se abre una nueva puerta de interés para motivar estudios al respecto

Palabras clave: Tumor Phyllodes benigno de mama, recurrencia.



OP-91

EMBARAZO HETEROTÓPICO: UN RETO EN OBSTETRICIA – SERIE DE CASOS

AUTORES: Aguirre A., Guerra L., Niño J, Castillo C., Burgos A.

INSTITUCIÓN: Universidad del Rosario – Hospital Universitario Mayor Mederi. Bogotá. Colombia

INTRODUCCIÓN:

Los objetivos son: Exponer el cuadro clínico, proponer un algoritmo diagnóstico y describir el tratamiento con base en la literatura disponible encontrada en distintas bases de datos como Pubmed, Science direct, Clinical Key que van desde serie de casos hasta revisiones sistemáticas y libros médicos en español e inglés.

MATERIALES Y MÉTODOS: Serie de casos. Se presentan dos casos de embarazo heterotópico, uno con reporte de aborto incompleto llevado a legrado obstétrico que posteriormente curso con embarazo ectópico roto y el segundo un hallazgo incidental de embarazo heterotópico en ecografía obstétrica tv que fue llevado a laparotomía con embarazo intrauterino en curso ahora en segundo trimestre, ambos casos confirmados por patología.

RESULTADOS

El embarazo heterotópico se define como un embarazo múltiple que tiene 2 o más sitios diferentes de implantación, su incidencia varía de 1:30.000 embarazos espontáneos (teórico), 1:7963 y 1:2600 embarazos y con terapia de reproducción asistida 1:100 embarazos.

El embarazo heterotópico es una emergencia obstétrica, ya que su baja incidencia y presentación clínica hace que se ignore signos y síntomas llevando a progresión con ruptura, hemoperitoneo, shock hipovolémico y muerte, expresando una morbimortalidad significativa.

En el diagnóstico la clínica, laboratorios y antecedentes cobran importancia, las imágenes diagnósticas son útiles, la ecografía transvaginal tiene baja sensibilidad (asintomáticas 15.8% y sintomáticas 41-84%. Resonancia magnética se usa como complemento.

La evaluación quirúrgica juega un papel importante en el diagnóstico y tratamiento. La laparoscopia presenta ventajas sin embargo la laparotomía es el principal abordaje de emergencia.

Con base en lo anterior en el artículo se propone un algoritmo diagnóstico

El principal objetivo del tratamiento es terminar el embarazo extrauterino sin afectar la gestación intrauterina usando la terapia menos invasiva

La supervivencia del embarazo intrauterino ha aumentado desde 1957 (48-51%) a 69% en 2007, siendo mayor con aspiración guiada por ecografía.

Entre los predictores independientes de pérdida del embarazo intrauterino se encuentra la aparición de síntomas antes del diagnóstico (dolor abdominal o sangrado vaginal), edad gestacional temprana y manejo tardío del embarazo heterotópico.

En el panel de opciones encontramos el manejo expectante, la salpinguectomía como principal abordaje en ectópico tubárico y la reducción selectiva por aspiración del embrión



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



con o sin inyección de cloruro de potasio o glucosa híper osmolar guiada por ecografía en saco gestacional ectópico.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico es una urgencia médica y un reto diagnóstico y terapéutico ya que fácilmente se puede convertir en una emergencia, en donde la alta sospecha clínica dada por la correlación entre factores de riesgo y cuadro clínico, sumado a herramientas imageneológicas o quirúrgicas llevan a un diagnóstico precoz, permitiendo un manejo más conservador disminuyendo la morbilidad materna y preservando en mayor medida la gestación intrauterina.

PALABRAS CLAVE: Embarazo heterotópico, embarazo ectópico, diagnóstico.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



OP-93

DISGERMINONA OVÁRICO COMO DESENLACE DEL SEGUIMIENTO DE UN EMBARAZO DE LOCALIZACIÓN DESCONOCIDA

Rengifo G, Campo J, Flórez S, Granados C, Calderón P.

Gabriela Rengifo Gutiérrez

Tel: 3214117151

E-mail: gabi899@hotmail.com

Institución: Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá DC. Colombia.

Introducción: La BhCG normalmente es producida por el trofoblasto, las pruebas convencionales de embarazo son casi 100% sensibles y específicas para el diagnóstico de condiciones relacionadas con el trofoblasto como es el caso del embarazo y las enfermedades trofoblásticas gestacionales. En raras ocasiones, niveles bajos de hCG se detectan en la ausencia de estas condiciones.

Reporte de caso:

Nuligesta de 33 años, sin antecedentes de importancia, ingresa remitida en seguimiento de β -HCG desde hace aproximadamente dos meses por embarazo de localización desconocida), refiere sangrado genital, dolor pélvico y sensación de masa abdominal. Las mediciones de la hormona iniciaron desde el 27/10/2018 con valor inicial de 74.32mUI/ml hasta el 12/12/2018 con resultado de 86.74mUI/ml. Valor máximo: 124.1mUI/ml (23/11/2018), la ecografía transvaginal extrainstitucional reportaba útero de 180x93x147mm, mioma corporal anterior de 170x120mm endometrio de 6mm, ovario izquierdo normal, ovario derecho no visualizado.

Al ingreso a nuestra institución, al tacto vaginal bimanual se evidencia masa a nivel umbilical de consistencia dura, poco móvil de aproximadamente 15cm, con parametrios y tabique rectovaginal libres.

Materiales y métodos:

Marcadores tumorales: AFP: 5264 ng/ml, Ca125: 109U/ml, ACE: 0.67ng/ml

Resonancia magnética de abdomen y pelvis: Hígado normal, hemangioma hepático de 10mm en segmento VIII, bazo, páncreas, riñones y glándulas suprarrenales normales. Útero lateralizado a la izquierda con aumento de tamaño con presencia de mioma intramural corporal anterior de 5.14cm, imagen sugestiva de mioma gigante subseroso pediculado de 18x7cm, no identificación de pedículo vascular uterino por lo que no se descarta sarcoma retroperitoneal como diagnóstico menos probable. Cavidad endometrial vacía. Ovarios normales.

Se sospecha un tumor de seno endodérmico por lo que se programa para realización de histerectomía abdominal total + salpingooforectomía bilateral resección de tumor de ovario.

Hallazgos intraoperatorios: Anexo derecho reemplazado por tumor de aproximadamente 20 cm de consistencia predominantemente sólida, no adherido con tumor que compromete superficie ovárica, anexo izquierdo normal, útero de aproximadamente 8 cm, con miomas subseroso de aproximadamente 1 cm, intramural de 4 cm en cara anterior, conglomerado ganglionar paraaórtico de aproximadamente 2 centímetros de consistencia dura, ganglios



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



pélvicos de tamaño normal, uréteres visualizados de manera bilateral; por lo que se procede a realización de cirugía conservadora con salpingooforectomía derecha, omentectomía y linfadenectomía para aórtica.

Reporte de patología: Tumor germinal tipo disgerminoma ovárico con invasión linfovascular y compromiso de superficie ovárica, trompa uterina sin alteraciones histológicas. Conglomerado ganglionar paraaórtico 1/23 ganglios linfáticos comprometido por tumor tipo disgerminoma metastásico. Omentectomía sin compromiso tumoral.

Conclusiones: Se considera tumor germinal tipo disgerminoma ovárico estadio IIIA1ii, llama la atención Alfafetoproteína elevada que estaría a favor de tumor de seno endodérmico o disgerminoma mixto con patología que reporta solo disgerminoma. La paciente requiere adyuvancia con quimioterapia con bleomicina, etopósido, y cisplatino (BEP) 4 ciclos, control en 3 meses con ginecología oncológica.

Palabras clave: Disgerminoma ovárico, embarazo de localización desconocida, PUL



EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA PREVIA: DOS REPORTES DE CASO

Salazar-Marulanda V^a, Barbosa-Cruz Y^b, Ruiz-Wagner N^c, Gómez-Polanía O^d, Bahamón L^e

^a Residente Gineco-obstetricia, Universidad del Rosario. Teléfono: (57) 3166251782. Correo electrónico: valentina.salazar.marulanda@gmail.com

^b Residente Gineco-obstetricia, Universidad del Rosario.

^c Gineco-Obstetra, Hospital Occidente de Kennedy.

^d Gineco-Obstetra, Ginecología Urológica. Hospital Universitario Mayor Méderi - Hospital Occidente de Kennedy.

^e Gineco-Obstetra. Hospital Universitario Clínica San Rafael.

INSTITUCIÓN: Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es una implantación anormal del trofoblasto dentro del miometrio y/o el tejido fibroso de la cicatriz previa (1). Su diagnóstico y tratamiento temprano es imperativo dada la gran morbilidad que conlleva (2). Su incidencia viene en aumento, debido a la tasa creciente de cesáreas a nivel mundial. La literatura sitúa a este tipo de embarazo como una localización infrecuente (<1%) y raramente reportada (3).

CASO CLÍNICO

Se presentan dos casos clínicos. El primero, paciente de 23 años con antecedente de cesárea, consultó por sangrado vaginal y dolor pélvico. Se diagnosticó ecográficamente embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa y, por deseo genésico, se administró localmente Metrotexate el cual resultó fallido, requiriendo posteriormente manejo quirúrgico y adecuada resolución del cuadro. El segundo, corresponde a una paciente de 33 años, con embarazo de 5 3/7 semanas, con antecedente de cuatro legrados obstétricos y una cesárea, consultó por sangrado vaginal y dolor pélvico, con hallazgos ecográficos sugestivos de aborto retenido. Recibió manejo médico con Misoprostol y posterior legrado obstétrico. Sin embargo, reconsulta por persistencia de los síntomas, documentándose una masa a nivel de la cicatriz de cesárea, diagnosticándose embarazo ectópico a este nivel. La paciente requirió histerectomía abdominal por sangrado abundante, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

Basándose en los factores de riesgo que presentaban las pacientes, se puede especular que la etiología de su cuadro clínico fueron los antecedentes quirúrgicos de cesárea y legrado obstétrico. No obstante, en el segundo caso, no se tuvieron en cuenta al valorar la paciente, siendo la carencia de sospecha diagnóstica, uno de los factores que generó retraso y complicación al momento del manejo de la paciente.

CONCLUSION

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa es un reto diagnóstico para el clínico, en donde los factores de riesgo de la paciente y los hallazgos ecográficos juegan un papel fundamental a la hora de la sospecha clínica. El tratamiento de elección se basa en el cuadro clínico, siendo la mejor opción, la administración local de Metrotexate.

PALABRAS CLAVES:

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, embarazo ectópico, tratamiento.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



BIBLIOGRAFÍA

1. Patel MA. Scar Ectopic Pregnancy. [citado el 7 de octubre de 2018]; Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4666214/pdf/13224_2015_Article_817.pdf
2. Ndubizu C, McLaren RA, McCalla S, Irani M. Case Report Recurrent Cesarean Scar Ectopic Pregnancy Treated with Systemic Methotrexate. 2017 Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2017/9536869>
3. Kanat-Pektas M, Bodur S, Dundar O, Lale Bakır V. Systematic review: What is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy? Taiwan J Obstet Gynecol [Internet]. 2016;55:263–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2015.03.009>



ANÁLISIS DE LOS RETRASOS EN LA ATENCIÓN EN PACIENTES CON HEMORRAGIA POSTPARTO MASIVA

Loaiza-Osorio S¹, Monroy AM¹, Nieto-Calvache AJ^{1,2},

Email: Albarojosenieto@yahoo.com

INSTITUCION: Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN La hemorragia postparto (HPP) es la causa de muerte materna más frecuente en el mundo y su manejo inicial óptimo determina el desenlace final de la paciente. El insuficiente entrenamiento de los equipos de atención primaria, así como múltiples dificultades administrativas y operativas en niveles básicos y complejos, se relacionan con resultados sub óptimos. Buscamos, al analizar un grupo de mujeres con HPP masiva, definida por requerimiento de activación de protocolo de transfusión masiva (PTM), identificar los retrasos en el manejo inicial que favorecieron la evolución a un grado extremo de gravedad.

MATERIALES Y MÉTODOS Serie de casos con temporalidad retrospectiva, incluyendo mujeres con PTM atendidas en Fundación Valle de Lili (FVL) entre septiembre y noviembre de 2019. Utilizamos como estándar de manejo, las intervenciones definidas por la “lista de chequeo de HPP” del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Al analizar la historia clínica y entrevistar a las pacientes, identificamos los desvíos de ese estándar, también conocidos como retrasos en el manejo. Obtuvimos consentimiento informado de las pacientes incluidas.

RESULTADOS En los tres meses de observación, cuatro pacientes requirieron activación de PTM obstétrica por HPP masiva y severo compromiso multisistémico que casi las lleva a la muerte. Dos pacientes fueron llevadas a cesárea en hospitales de complejidad intermedia y las demás tuvieron parto vaginal en hospitales de atención básica. Dos mujeres tenían diagnóstico de preeclampsia severa (una con síndrome HELLP) y una de ellas presentó retención placentaria (las demás presentaron atonía uterina). Todas las pacientes ingresaron a FVL con sangrado activo, choque hipovolémico profundo y requirieron histerectomía abdominal, taponamiento pélvico y politransfusión (media de unidades transfundidas: 9 glóbulos rojos, 14 plasma, 21 plaquetas, 16 crioprecipitado).

Aunque el manejo en el nivel de atención primario incluyó en todos los casos uterotónicos, solo una paciente recibió traje antichoque no neumático y ningún taponamiento uterino o ácido tranexámico.

En todas las pacientes se identificaron retrasos relacionados con el proceso de atención, sobresaliendo los siguientes elementos:

- Identificación tardía del sangrado en volumen anormal y respuesta tardía a los signos de alarma
- Identificación y tratamiento inmediato de la etiología del sangrado
- Demoras en la búsqueda de ayuda adicional y atención en niveles de mayor complejidad
- Falla en la calidad del cuidado por no disponibilidad de los servicios y equipos adecuados para la atención inicial

CONCLUSION En todos los casos se identificaron oportunidades de mejora que probablemente desviarían el curso de la enfermedad hacia cuadros menos severos. Los factores más importantes identificados como contribuyentes a la morbilidad materna extrema en nuestro análisis se relacionan con la aplicación de políticas de calidad en la atención de



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



la emergencia obstétrica y a dificultades de comunicación entre los diferentes niveles de complejidad en nuestra región.

PALABRAS CLAVE Hemorragia postparto severa, morbilidad, mortalidad materna.



OP-98

COMUNICACIÓN ENTRE HOSPITALES COMO ELEMENTO CLAVE EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Messa-Bryon A., Nieto-Calvache AJ., Hincapié-Korgi MA

Correo electrónico: gincoadrimessa@gmail.com

INSTITUCION: Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN: Son múltiples los condicionantes de la mortalidad materna en países de bajos y medianos ingresos. La atención inicial inadecuada por los equipos de atención básica tiene una relevancia especial en casos de hemorragia postparto (HPP), donde procedimientos no muy complejos, aplicados precozmente, definen la progresión a la curación o al empeoramiento. Así mismo, el inoportuno acceso a centros especializados, desde los niveles básicos de atención, da cuenta de un porcentaje importante de los retrasos en la atención. La Fundación Valle de Lili desarrolló desde noviembre de 2017 una estrategia de comunicación telefónica directa con múltiples hospitales de baja y mediana complejidad con proximidad geográfica, para la atención inmediata de gestantes gravemente enfermas. Reportamos el caso de una mujer con HPP masiva y paro cardiorespiratorio durante el traslado entre instituciones, y realizamos una revisión de la literatura respecto al impacto de la comunicación “inter-institucional” en el manejo de la HPP.

METODOLOGÍA: Reportamos un caso y una búsqueda en las bases de datos Medline vía PubMed y Embase con los términos MESH “postpartum haemorrhage”, “interhospital transfer”, “communication”. Obtuvimos consentimiento informado de la paciente

RESULTADOS: Reportamos el caso de una mujer de 21 años, G3A2P1, con parto vaginal eutócico en hospital de nivel básico, seguido de HPP por retención placentaria e inversión uterina, con demora de 49 minutos en solicitar la ayuda telefónica y 61 minutos adicionales en el traslado al hospital destino (HD). La paciente ingresa al HD exangüe y en actividad eléctrica sin pulso. Gracias al aviso telefónico previo, se encontraban preparados el quirófano, la unidad de cuidado intensivo (UCI), el banco de sangre y el equipo interdisciplinario que recibirá la paciente, de manera que inmediatamente ingresa al HD, se inicia reanimación avanzada y manejo protocolizado de HPP, retornando 10 minutos después a circulación espontánea. Es trasladada a quirófano para histerectomía y taponamiento pélvico. Se extuba el primer día postoperatorio, sin déficit neurológico.

Encontramos 26 publicaciones que describen el transporte inter-institucional en pacientes con hemorragia postparto, solo en tres se detallaba el proceso de referencia y las acciones llevadas a cabo en el HD.

En casi la totalidad de los casos de muerte por HPP se identifican oportunidades de mejora en la atención que resultarían fácilmente ejecutables. En nuestro caso, el aviso telefónico seguido de la preparación de todos los actores implicados en la atención de un caso “pre mortem”, aún con el manejo inicial sub óptimo recibido en el nivel primario, permitió que la paciente sobreviviera.

CONCLUSION: La comunicación fluida entre hospitales es esencial para superar las dificultades que afectan la calidad de la atención de las emergencias obstétricas. Las intervenciones apropiadas, aplicadas de manera inmediata por el personal de atención inicial y continuadas en los niveles de mayor complejidad, determinan la sobrevida en casos de hemorragia obstétrica masiva.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



PALABRAS CLAVE Hemorragia posparto, Derivación y consulta, Comunicación



SIAMESES TORACONFALÓPAGOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mesa-Navia P., MD 1
Rodríguez-Ortiz J., MD 2
Arreaza-Graterol M., MD 3
Díaz-Cuervo M., MD 4

Unidad de Servicios en Salud Simón Bolívar. Subred Norte. Bogotá, Colombia.
Universidad el Bosque. Bogotá, Colombia.

1. Residente Medicina Materno Fetal, Hospital Simón Bolívar, Universidad El Bosque. Correo: mesitan@hotmail.com
2. Ginecoobstetra, Universidad El Bosque. Epidemiólogo Clínico. Profesor asistente, Universidad El Bosque. Unidad Medicina Materno Fetal (UMMF), Hospital Simón Bolívar.
3. Ginecoobstetra, Universidad El Bosque. Perinatología. Unidad Medicina Materno Fetal (UMMF), Hospital Simón Bolívar.
4. Ginecoobstetra, Universidad El Bosque. Perinatología. Unidad Medicina Materno Fetal (UMMF), Hospital Simón Bolívar.

INTRODUCCION

Los gemelos unidos o siameses son individuos monocigóticos, de un mismo óvulo fecundado y monocoriónicos, que se desarrollan unidos entre sí por alguna parte de su anatomía.

Los gemelos en general se dividen en dos tipos: gemelos dicigóticos y monocigóticos. Los gemelos dicigóticos se originan a partir de dos óvulos separados fertilizados independientemente. Los gemelos monocigóticos, por otro lado, ocurren debido a la división de un embrión en dos embriones idénticos.

CASO CLINICO

Se presenta el caso de un embarazo múltiple con gemelas siameses, simétricas tipo toraconfalópagos diagnosticadas en el primer estudio ultrasonográfico a las 11,4 semanas. Producto de segunda gestación de madre de 20 años nacida en Bogotá, Colombia.

Remitida por su entidad prestadora de salud después de tres controles prenatales para ser valorada por medicina materno fetal en la Unidad de Servicios en Salud de Simón Bolívar por embarazo de alto riesgo.

Es valorada con imágenes de ultrasonografía y resonancia magnética nuclear que confirman diagnóstico y compromiso anatómico de cardiopatía compleja y sistema hepático compartido.

En la valoración por la Unidad de Medicina Materno Fetal de la USS Simón Bolívar se evalúa el caso y se programa para cesárea a las 36 semanas cumplidas de gestación. Finalmente las gemelas fallecen a los 15 minutos del nacimiento.

CONCLUSION



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



Se hace una revisión de la literatura nacional e internacional para conocer más a fondo los casos de gemelos unidos (siameses) pues deben ser evaluados estrictamente por un equipo multidisciplinario para dar adecuada consejería de viabilidad y pronóstico perinatal. Con este conocimiento dar asesoramiento a los padres para dar claridad sobre la posibilidad de separación quirúrgica intrauterina o en vida postnatal.

Palabras clave: gemelos, siameses, toracópagos, onfalópagos.



SISTEMA DE MONITOREO PARA MUJERES EMBARAZADAS EN RIESGO DE PRECLAMPSIA CON EL USO DE HERRAMIENTAS INTERNET OF THINGS.

AUTOR(ES): Bolaños-Bravo H, (bolakos@gmail.com, 3006167932) Bernal-Monroy E, Campaña-Bastidas S, Cabrera-Meza H, Cervelion-Bastidas A, Rosero Lasso J.

INSTITUCIÓN: Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD, Hospital Departamental de Nariño, Pasto, Nariño, Colombia.

INTRODUCCIÓN: La preeclampsia es una patología que afecta a mujeres embarazadas en todo el mundo, la presión arterial alta es el síntoma más importante de esta enfermedad [1], generando consecuencias que sin el debido tratamiento puede causar la muerte a la mujer embarazada y su feto. En 2017, el Instituto Nacional de Salud de Colombia reportó 487 muertes por cada 100,000 nacimientos debido a la preeclampsia, lo que significa que hubo un incremento de 2.1% con respecto al 2016 [2].

Para mitigar esta enfermedad, el grupo Davinci de la UNAD y el Hospital Universitario Departamental de Nariño (HUDN) vienen trabajando en un sistema remoto de tele-preeclampsia, que se compone de una plataforma de software, un dispositivo IoT que mide la presión arterial periódicamente y un protocolo de atención y monitoreo que se debe ser aplicado con los anteriores elementos. El sistema informará al personal médico a cargo, el riesgo de preeclampsia, con el fin de intervenir rápidamente y evitar complicaciones mayores. Así como también, de esta manera contribuir a alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible propuestos por la OMS: “para 2030 reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos”.

MATERIALES Y MÉTODOS: Como las complicaciones de la preeclampsia son potencialmente mortales para una mujer embarazada y su feto, se pretende implementar éste sistema de monitoreo en las pacientes hospitalizadas en el HUDN, con el diagnóstico de preeclampsia, quienes son manejadas según protocolos clínicos por el servicio de ginecología y obstetricia. Ellas harán parte de la plataforma, se les facilitará el dispositivo IoT que registrará la presión arterial, enviará los datos al centro de tele-monitoreo y pondrá en alerta al personal médico ante una posible alteración que registre el sistema. El dispositivo IoT no es invasivo y no intervendrá en el protocolo de atención de dicho centro, será un elemento de ayuda en el monitoreo de este tipo de pacientes. Lo anterior clasifica la investigación de tipo descriptivo experimental, que en ningún momento pondrá en riesgo la atención de las pacientes.

RESULTADOS: Actualmente, se ha desarrollado un prototipo funcional del dispositivo IoT, el cual está en proceso de mejoramiento. Se ha previsto que esta tecnología se implemente en Colombia, pero se puede expandir a otros países con alto riesgo de preeclampsia.

CONCLUSION: En lo tecnológico, los resultados buscan crear un spin off en Colombia, basada en la tecnología IoT, para beneficiar a las mujeres embarazadas que viven en áreas remotas. En lo social, debido a que Colombia tiene amplias regiones donde el servicio de salud es ineficiente y los recursos son limitados, el sistema de Tele-preeclampsia pretende intervenir en estas regiones. La tecnología ha evolucionado de manera importante en los últimos años, la salud es uno de los campos de acción donde se aplican con grandes resultados.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



PALABRAS CLAVE: Preeclampsia – IoT – Monitoreo Remoto – Telemedicina

Referencias:

- [1] Cinets, A. (2013). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES HIPERTENSIVAS ASOCIADAS AL EMBARAZO1 Clinical practice guidelines for approaching pregnancy-associated hypertensive complications Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,64(3), 289-326.
- [2] Ospina, M. L., Martínez, M. E., Pacheco, O. E. & Bonilla, H. Q. (2017). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema.



OP-112

A PROPÓSITO DE UN CASO DE AGENESIA AISLADA DEL CUERPO CALLOSO, VALORACIÓN ECOGRÁFICA

AUTORES: Estrada – Muñoz D1 (danielestradamunoz@gmail.com), Florido Ríos AF2, Arango – Gómez AL3, Gutiérrez – Marín JH3, García – Posada RA 3.

Campo – Campo MN3

1. Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad Pontificia Bolivariana.
2. Ginecología y Obstetricia, Fellow de Medicina Materno Fetal, Universidad Pontificia Bolivariana.
3. Ginecología y Obstetricia, Medicina Materno Fetal, Clínica Universitaria Bolivariana.

INSTITUCIÓN: Clínica Universitaria Bolivariana (CUB). Medellín, Colombia

INTRODUCCIÓN:

La agenesia del cuerpo calloso es una condición rara en la cual la conexión de ambos hemisferios cerebrales está ausente parcial o completamente. Es una de las anomalías congénitas cerebrales más comunes con una prevalencia de 1.8 por 10.000 en la población general. Estos pacientes presentan gran variedad de manifestaciones en el neurodesarrollo; se manifiesta como retraso en las funciones cognitivas y motoras, epilepsia, déficits sociales y del lenguaje, y se ha asociado con la presencia de autismo, esquizofrenia y trastornos por déficit de atención.

Se diagnostica con la ausencia completa del cuerpo calloso y el cavum del septo pelúcido en un corte sagital ecográfico, adicionalmente después de la semana 25; ausencia del giro del cíngulo, y surcos radiales a partir de un tercer ventrículo dilatado que le otorga característica de "rayos de sol", separando de los tálamos. Al Doppler no es posible identificar las arterias pericallosas. En los cortes axiales, los cuernos frontales están levemente dilatados con forma de lágrima y en la evaluación coronal, una amplia fisura interhemisférica que se une al tercer ventrículo, hay separación y orientación vertical de los ventrículos laterales, otorgando una imagen en "casco de vikingo".

Aproximadamente 2/3 de los pacientes tienen un neurodesarrollo normal, aunque el tacto fino y grueso, la coordinación, el lenguaje y el estado cognitivo puede estar alterado en una proporción significativa de pacientes.

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

RESULTADOS: Primigestante de 25 años. Remitida a Medicina Materno Fetal (MMF) de la CUB a las 24 semanas por hallazgo de ventriculomegalia bilateral leve. Se realiza neurosonografía a las 30 semanas con ausencia de estructuras de la línea media: cavum del septum pellucidum, cuerpo calloso, arterias pericallosas y callosa marginales, no se observó imágenes sugestivas de lipoma de línea media, ventrículos laterales, en forma de lagrima con ventriculomegalia secundaria, III ventrículo prominente, sin dilatación acueductal, IV ventrículo normal. Giros y cisuras normales para la edad gestacional. La conformación de la fosa posterior, las folias del cerebelo y la relación con la protuberancia es normal. Las fisuras primarias y secundarias son normales. Velocidad sistólica pico de ACM sin evidencia de anemia. Columna vertebral normal. Se diagnostica de agenesia aislada del cuerpo calloso. El neonato nace a las 38+2 semanas; pesó 2605, apgar 3 y 9.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



RMN que confirman diagnóstico. Continúa en seguimiento integral por neurología infantil y pediatría.

CONCLUSIÓN: El cuerpo caloso es una estructura que conecta ambos hemisferios cerebrales, la clínica de la ausencia completa o parcial de este pueden tener un espectro muy amplio, pudiéndose encontrar como defecto aislado o asociado a alteraciones cromosómicas. La identificación prenatal permite realizar estudios genéticos complementarios y realizar una asesoría prenatal oportuna y precisa en el seguimiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Agenesia del cuerpo caloso, embriología, diagnóstico prenatal.



OP-114

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ANOMALÍA DE EBSTEIN TIPO D: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

AUTORES: Otero-Pinto JC, Díaz-Dodino RA, Contreras-Castillo PA, Becerra DC, Hernández-Ortega D, García-Rojas JL. (rodrigoandrésdiazdodino@gmail.com).
Otero-Pinto J OPP-1

INSTITUCIÓN: Hospital universitario de Santander (HUS). Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Santander, Colombia.

INTRODUCCIÓN

La anomalía de Ebstein es una cardiopatía congénita con múltiples hallazgos en donde el principal es una inserción baja de la valva septal y apical de la válvula tricúspide, esto, puede traer como consecuencia la atrialización del ventrículo derecho, que puede llevar a taquicardia sinusal, hidrops e insuficiencia cardiaca y muerte súbita. Se tiene como objetivo reportar un caso de anomalía de Ebstein tipo D con diagnóstico prenatal y revisar la literatura disponible con respecto al diagnóstico prenatal y su pronóstico y hacer una referencia del manejo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un feto con diagnóstico prenatal de anomalía de Ebstein tipo D. Se revisó literatura en las bases de datos PubMed y ScieElo relacionada con la patología.

RESULTADOS

Se revisaron estudios originales, revisiones de literatura y reportes de caso que mencionan aspectos relevantes del diagnóstico, pronóstico y manejo (26 estudios en total).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Gestante de 27 años G2P0A1 con embarazo de 26/2 semanas por fecha de última menstruación (FUM) y ecografía de primer trimestre, ingresó al HUS para realización de ecocardiograma fetal que reportó: implantación baja de la valva septal de la tricúspide: 8,3mm, dilatación de cavidades derechas, comunicación interventricular, derrame pericárdico, ascitis, taquicardia sinusal fetal, aumento de la resistencia de arteria umbilical y fracción de eyección del ventrículo izquierdo del 38,7% (cambios sugestivos de anomalía de Ebstein tipo D según clasificación de Carpentier). Se hizo consejería a la paciente explicando del pobre pronóstico del tipo de tal anomalía y el riesgo de muerte súbita in útero, decidió tomar manejo expectante con nuevo ecocardiograma a las dos semanas el cual mostró: muerte fetal uterina, tórax asimétrico y ensanchado, corazón aumentado de tamaño a expensas de aurícula derecha, foramen oval de 1,2 cm, circunferencia de la válvula tricúspide de 4,5 cm con valvas posterior septal adosadas a la pared posterior y septum interventricular, valva anterior larga y elongada y ventrículo derecho dilatado.

CONCLUSIONES

Para el diagnóstico prenatal el Gold estándar es la ecocardiografía fetal, tiene también alta utilidad para hacer seguimiento durante la gestación. La detección temprana se ha asociado a un alto riesgo de mortalidad perinatal causada por insuficiencia cardiaca derecha, arritmias, estenosis o atresia pulmonar e hidrops fetal. La clasificación Carpentier en tipo D implica que el pronóstico de este feto sea la insuficiencia cardiaca y muerte. El manejo de la



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



anomalía está enfocado a un control prenatal semanal con Doppler y ecocardiograma, el pronóstico es pobre y las probabilidades de sobrevivencia se vuelven muy bajas por lo que se debe realizar una asesoría adecuada a las pacientes en relación con la pérdida inminente en este tipo de casos.

PALABRAS CLAVE

Anomalía de Ebstein, insuficiencia cardíaca, hidropesía fetal.



DOLOR ABDOMINAL SUBAGUDO COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE PACIENTE CON RUPTURA UTERINA ESPONTANEA

AUTOR(ES): Duran-Morales MA¹(angelik0105@hotmail.com), Cárdenas-Villa LM¹, Colonia-Toro A²

¹ Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad CES.

² Ginecólogo y obstetra, Universidad CES.

INSTITUCIÓN: Hospital General De Medellín. Medellín, Colombia

INTRODUCCION: La ruptura uterina espontánea es una entidad rara con una incidencia <0.006%, y hasta 1% si existe el antecedente de cicatriz de cesárea, siendo este su principal factor de riesgo seguido de malformaciones uterinas, sobredistención uterina y/o anomalías en la placentación. Se presenta más en países en vía de desarrollo debido a la baja calidad de la atención en salud, menor frecuencia de controles prenatales, multiparidad y los altos índices de cesárea.

El diagnóstico antes del trabajo de parto puede ser confuso generando sintomatología inespecífica (dolor abdominal, náuseas, vómito y/o sangrado vaginal) y la inestabilidad hemodinámica puede estar ausente; teniendo así múltiples diagnósticos diferenciales tales como apendicitis, colecistitis, úlcera perforada y hasta pielonefritis.

La ecografía abdominal presenta sensibilidad del 61% y especificidad que alcanza el 80-85%; por lo que se recomienda en casos no concluyentes ampliar los estudios con pruebas más específicas tales como la resonancia magnética.

El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico depende de un diagnóstico temprano, ágil y oportuno. Estas conductas acertadas pudieran mejorar el pronóstico materno y fetal.

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

RESULTADOS: Trigestante con antecedente de un embarazo molar y un ectópico, con 34+6 semanas de gestación y 1 semana de evolución de dolor abdominal intermitente, exacerbado en las últimas 3 horas. Dolor localizado en hipocondrio y flanco derecho acompañado de distensión abdominal y náuseas. Al examen físico pulso de 105 latidos/min, abdomen distendido, doloroso a la palpación, sin actividad uterina, sin masas palpables, fetocardia 170 lpm feto cefálico. Al tacto vaginal cuello posterior, cerrado, sin sangrado. La ecografía abdominal reporta abundante cantidad de líquido libre en flanco derecho. Cirugía general considera descartar apendicitis aguda vs. Colecistitis. Paraclínicos con leucocitosis de 14000 sin elevación de reactantes de fase aguda. Ante la ambigüedad del diagnóstico se realiza resonancia de abdomen contrastada, con ruptura uterina en el segmento superior y parasagital derecho con salida de ambos miembros inferiores y líquido amniótico a la cavidad abdominal; se programa para cesárea emergente. Se realiza cesárea segmentaria, se extrae con dificultad feto, histerorrafia en dos planos, se corrige ruptura de 6cm a nivel fundocorporal cornual derecha, sin complicaciones. Nace bebé masculino APGAR 6-8-8 con adecuado peso para la edad gestacional. Diagnóstico neonatal con flegmasía cerúlea dolens y zonas de presión anulares por constricción en cadera derecha y pierna izquierda, e inician anticoagulación.

CONCLUSIONES: La ruptura uterina espontánea corresponde a una entidad poco frecuente, por lo que su sospecha diagnóstica requiere de una gran experticia clínica, y así poder diferenciarla de otras patologías en el embarazo que se presentan con dolor



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



abdominal subagudo, el diagnóstico temprano y tratamiento quirúrgico oportuno influyen de una forma positiva en la reducción de la morbimortalidad maternofetal.

PALABRAS CLAVE: ruptura uterina, perforación uterina, espontánea, diagnóstico.



EMBARAZO ECTOPICO EN CICATRIZ UTERINA: UN DESAFIO DIAGNOSTICO

Páez- Redondo J¹, García- Yepes R², Castillo- Flórez M³.

1,2 Universidad del Rosario, 3 Hospital Universitario Mayor Mederi; Bogotá, Colombia

Johanna_018@hotmail.com

Introducción:

El embarazo ectópico representa el 2% de las gestaciones. Respecto a su ubicación una de las más infrecuentes es a nivel de la cicatriz uterina, representando una incidencia de 1 por cada 2.000 cesáreas y contribuye al 6% de las muertes maternas secundarias a choque hemorrágico. El diagnóstico a menudo difícil, puede terminar en falsos positivos con un aumento de la morbilidad secundaria principalmente por ruptura uterina, requerimiento de histerectomía de urgencia y choque hemorrágico secundario.

Reporte de caso:

Paciente de 23 años G4C1E1A2V1 ingresa al servicio de urgencias, antecedente de manejo médico con misoprostol por hallazgos ecográficos sugestivos de embarazo anembrionado; ecografía de ingreso evidencia hacia canal cervical, imagen irregular con ecos mixtos en su interior y captación de flujo con doppler color de 61x26mm sugestivo de aborto incompleto, orificio cervical interno no permeable, por lo que se indica nueva administración de misoprostol 800 mcg intravaginal e ingresa a salas de parto para legrado obstétrico.

Paciente con choque hemorrágico posterior a legrado obstétrico por lo que se activa código rojo sin lograrse control de sangrado vaginal (sangrado aproximado 1000 cc), se realiza laparotomía exploratoria encontrándose útero aumentado de tamaño con lesión a nivel del istmo correspondiente a cicatriz de cesárea de 4x3 cm, de color violáceo y vasos tortuosos sugestivo de embarazo ectópico de la cicatriz uterina por lo que se realiza histerectomía abdominal total. Procedimiento sin complicaciones, se traslada a Unidad de Cuidados intensivos para vigilancia, paciente con adecuada respuesta clínica, se da de alta a los ocho días.

Reporte de Patología evidencia en istmo anterior presencia de decidua, inflamación aguda severa, hemorragia intersticial, material de fibrina, trombosis vascular y vellosidades coriales de primer trimestre con extenso cambio decidual del estroma corroborando sospecha diagnóstica de embarazo ectópico de la cicatriz uterina.

Discusión:

Pese a que la localización más frecuente del embarazo ectópico sea a nivel ampular, algunos casos, principalmente aquellos con antecedente de cicatrices uterinas, pueden presentar ubicación a dicho nivel.

Presentamos, el caso de una paciente con evidencia ecográfica de restos a nivel del istmo con captación de flujo color, interpretado como aborto incompleto, que fue llevada a legrado obstétrico con choque hemorrágico secundario y laparotomía exploratoria con hallazgos intraoperatorios sugestivos de embarazo ectópico de cicatriz uterina corroborado con patología.

El diagnóstico de embarazo ectópico requiere: la evidencia de la cavidad uterina y el canal cervical vacíos, saco gestacional o tejido placentario en pared anterior del istmo cervical, Pérdida de la continuidad de la pared anterior demostrada en corte ecográfico sagital, ausencia o disminución de miometrio entre la vejiga y el tejido placentario y alto flujo con doppler color alrededor de saco gestacional. La aplicación de estos criterios puede mejorar



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



la identificación de dicha patología con la disminución secundaria de la morbilidad y posible mortalidad asociada.

Palabras clave: Istmo, cicatriz uterina, criterios diagnósticos.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN GESTANTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. 2013 – 2017

Bueno-Leguizamón A, Rodríguez-Ortiz J. andreacbuenol@gmail.com
Universidad El Bosque. Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar E.S.E. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCION: 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 este estudio fue establecer la asociación entre los factores de riesgo durante el embarazo y el parto con la MME, en gestantes atendidas en la Unidad de Servicios de Salud (USS) Simón Bolívar E.S.E. Centro de referencia de pacientes del régimen subsidiado y contributivo del norte de Bogotá, en un periodo de 5 años.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional analítico tipo casos y controles en una relación de 1:2, entre el 2013 y 2017. Se describieron variables socio-demográficas, ginecoobstétricas y criterios diagnósticos de MME. La información fue tomada de la base de datos del servicio, casos notificados al SIVIGILA e historias clínicas. Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables según su naturaleza, cuantitativas en términos de tendencia central y las variables cualitativas en proporciones y frecuencias absolutas. Posteriormente, con el fin de establecer los factores asociados a su desarrollo se calculó su asociación mediante pruebas de chi cuadrado con significancia estadística de $p < 0.05$ y OR con su respectivo intervalo de confianza. Finalmente se realizó un multivariado con regresión logística binaria para ajustar las variables de confusión; y un análisis por subgrupos: de los factores de riesgo, de los criterios diagnósticos de MME y los desenlaces materno fetales. Consideraciones éticas: la evaluación de las historias clínicas y de los protocolos se realizó según los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud considerándose un estudio sin riesgo por ser de carácter documental.

RESULTADOS: Se incluyeron 687 pacientes, 229 casos y 458 controles. La prevalencia de MME fue del 44 por 1000 NV y un Índice de mortalidad de 2.1%. El principal diagnóstico fue el trastorno hipertensivo del embarazo en un 75%. El 32% requirieron manejo en UCI; el 6% procedimiento quirúrgico de emergencia y el 21% transfusión $\geq 3U$ de hemoderivados. Los factores de riesgo (ajustados por edad gestacional) fueron: gestante adolescente (con embarazo pretérmino) (OR 2.51 IC95% 2.01– 3.87), gestante mayor (OR 1.86 IC95% 1.50– 2.91), baja escolaridad (OR 2.01 IC95% 1.26–3.46), procedencia rural (OR 3.57 IC95% 1.90–6.29), bajo control prenatal (OR 3.16 IC95% 1.62 – 4.05) o ausencia de control prenatal (OR 4.52 IC95% 3.40 – 6.83).

CONCLUSIÓN: La MME, es un problema de salud pública y tiene una alta incidencia como lo reporta la literatura en América Latina. Los factores de riesgo más relevantes son las edades extremas, baja escolaridad, procedencia rural, bajo o ausencia de control prenatal.

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



MANEJO QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE DOS CASOS.

AUTORES: JA- Rodriguez, A Arias- Muñoz, MP -Uribe, LF- Ramirez, MI –Jaramillo-Saldarriaga.

Jorgear12@gmail.com Departamento de ginecología oncológica, Hospital Manuel Uribe Ángel, Envigado, Colombia. Universidad CES, Medellín, Colombia.

Objetivo: Describir dos casos de mujeres con cáncer de cérvix y embarazo, a quienes se les intervino según guías de manejo internacionales y su deseo. Revisión de la literatura respecto al tratamiento quirúrgico de esta patología.

Materiales y Métodos: Se tomaron las historias clínicas, con previa autorización del Hospital Manuel Uribe Ángel y de las pacientes. Se revisó el estudio histológico con el patólogo de la institución, al mismo tiempo se realizó una revisión no sistemática de la literatura en el tema.

La primera paciente de 29 años, fue diagnosticada en 2014, a las 13 semanas con estadio IB1, se le realizó histerectomía radical con feto in situ más linfadenectomía pélvica. La segunda paciente de 38 años, con estadio IB1, diagnosticada en 2014, a las 22 semanas, decide continuar con la gestación, se programa terminación a las 37 semanas con cesárea e histerectomía periparto. Ambas pacientes fueron atendidas en un hospital de tercer nivel de Envigado, Colombia.

Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas: Pubmed, Scielo, Ebsco Host, de 1990 a 2019 incluyendo artículos de revisión de diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino en gestantes. Términos Mesh: cáncer de cérvix, embarazo, tratamiento quirúrgico.

Resultados: Encontramos 1077 títulos, incluyendo 25 que cumplían los criterios mencionados.

La paciente clasificada inicialmente como estadio Ib1 a las 13 semanas, se realizó histerectomía con feto in situ radical modificada con linfadenectomía pélvica como manejo único y definitivo, pues la patología no reportó enfermedad residual. La paciente clasificada como Ib1 a las 22 semanas decidió continuar con la gestación. Se realizó cesárea e histerectomía radical modificada con linfadenectomía pélvica a las 37 semanas, se obtuvo bebe en casa, y en la patología se encontró invasión a 3 ganglios pélvicos y uno para aórticos, clasificándola, así como estadio IV. Posterior a esto se le realizó quimioterapia sistémica, seguido de quimio-radiación concomitante. Actualmente ambas se encuentran sanas y sin recidivas.

En la revisión sistemática se encontró que el manejo del cáncer invasor en el embarazo está afectado por 5 factores: tamaño tumoral, afectación linfática, subtipo histológico del tumor, edad gestacional al diagnóstico y el deseo de la paciente de continuar o no con el embarazo. Los resultados son mejores en mujeres con ausencia de compromiso linfático y tumores menores de 20mm.

Conclusiones: Las posibilidades de manejo incluyen el tratamiento quirúrgico con feto in-situ o posterior a la terminación del embarazo. La quimioterapia es una opción de tratamiento, pero se deben tener en cuenta las diferentes complicaciones para el feto y la gestante. Diferir la cirugía con o sin quimioterapia neoadyuvante es otra opción, pero la



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



demora en el tratamiento oncológico puede cursar con un estadio más avanzado al momento del tratamiento.

Palabras clave: Cáncer de cérvix, embarazo, tratamiento quirúrgico.



GPO-24

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS CICLOS DE OVODONACIÓN EN COLOMBIA

Posada-Villa N. MD.,^a Ospina-Perez AT. MD.,^b Caicedo-Muriel LM. MD.,^c Giraldo-Moreno JL. MD.,^a Cano-Franco JF. MD., MSc.,^a y Osorio-Ramírez WE. MD.^{a*}

*Correspondencia: Instituto Antioqueño de Fertilidad Humana - InSer. Calle 12 # 39 – 60, Medellín – Colombia. e-mail: wosorio@inser.com.co

INSTITUCIÓN(ES): ^aInSer. Instituto de Fertilidad Humana. Medellín-Colombia.
^bUniversidad de Antioquia. Medellín-Colombia. ^cUniversidad CES. Medellín-Colombia.

INTRODUCCIÓN: La ovodonación es una técnica de reproducción asistida altamente exitosa para pacientes con disminución severa de la reserva ovárica. A pesar de su creciente demanda, no se conocen las características demográficas y el manejo que los centros de medicina reproductiva dan a sus donantes. El objetivo de este estudio es describir los procesos de selección, evaluación, y manejo de donantes en los centros de reproducción asistida en Colombia

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de corte transversal de los centros de medicina reproductiva de Colombia que realizan procedimientos de ovodonación.

- **Resultado:** Características demográficas, evaluación y manejo de las donantes de óvulos en centros de reproducción asistida
- **Intervención:** Descripción de los resultados de una encuesta aplicada a especialistas vinculados a los centros de medicina reproductiva en Colombia miembros de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida.

RESULTADOS: Se obtuvo respuesta de 10 de los 13 centros de medicina reproductiva contactados en Colombia. El rango de ciclos de ovodonación realizados anualmente por centro es de menos de 20 hasta 79 ciclos, aunque el 80% de los centros realizan entre 20 y 59 ciclos por año. La donación es de tipo anónimo, aunque cuatro centros también utilizan donantes conocidas y tres donación compartida (la paciente en tratamiento de reproducción asistida dona parte de sus óvulos de manera anónima). En cuanto a las características demográficas de las donantes la edad máxima permitida en el 90% de los centros es de 30 años y de 35 años en un centro. El grado mínimo de escolaridad es bachiller aunque 3 centros incluyen solo donantes con una carrera técnica o título universitario. Solo 3 centros tienen exigencia de maternidad previa y/o satisfecha en sus donantes. En todos los casos las donantes tienen evaluación por el ginecólogo y la sicóloga y en 7 de 10 centros por el genetista. El cariotipo es el único estudio genético realizado en todas las donantes; solo dos centros realizan rutinariamente estudio para x frágil, fibrosis quística y atrofia muscular espinal y 5 de los centros realizan ocasionalmente el panel ampliado de mutaciones en sus donantes. En todos los casos las donantes firman un consentimiento informado. El rango de ciclos de estimulación y captación por donante es de 3 a 6, y un 70% de los centros realizan 5 o 6 captaciones por donante; el 80% de los centros utilizan entre 7 a 12 óvulos donados en estado fresco y/o criopreservado por receptora y solo 2 lo restringen a óvulos en fresco. En todos los casos se utiliza un protocolo de estimulación con antagonistas de la GnRH y en el 80% de los centros se realiza el disparo de la ovulación con agonistas de la GnRH. El



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



promedio de embriones transferidos es de 2 en el 80% de los centros y solo 2 transfieren en promedio un solo embrión. El reembolso a las donantes por los gastos asumidos es de 100 a 700 USD, siendo de 400 a 550 USD en el 70% de los centros.

La edad máxima aceptable para las receptoras de óvulos donados es de 55 años en 3 de centros, de 50 años en 6 centros y de 45 años en un centro.

CONCLUSIÓN: De acuerdo con nuestro conocimiento, esta es el primer estudio que evalúa la práctica clínica de la ovodonación en centros de reproducción en nuestro país. Encontramos que en general hay una gran coincidencia en los aspectos demográficos y de manejo clínico de las donantes, con algunas diferencias particulares que vale la pena revisar.

PALABRAS CLAVE: Reserva Ovárica, Fertilización In Vitro, Donación de Oocito, Técnicas Reproductivas Asistidas.



GP-37

HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA NO CLÁSICA: ABORDAJE PRECONCEPCIONAL. REPORTE DE CASO

Ortiz – Tenorio V, Ávila – Fernando, Hincapié- Korgi MA

Email: naiv3114@gmail.com.

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Universidad ICESI, Santiago de Cali. Valle del Cauca. Colombia.

INTRODUCCIÓN: La hiperplasia suprarrenal congénita es un grupo de trastornos autosómicos recesivos que abarcan deficiencias de enzimas involucradas en el proceso de esteroidogénesis suprarrenal. Este trastorno metabólico, se caracteriza por presentar insuficiencia suprarrenal y grados variables de manifestaciones hiperandrogénicas. En mujeres, la forma no clásica, es la forma más leve y frecuente que puede aparecer en la niñez o en las primeras etapas de la adultez, cuyas manifestaciones pueden pasar desapercibidas o incluso permanecer asintomáticas (formas crípticas), y se asocia con diversos grados de virilización postnatal, menstruación irregular e infertilidad y por lo tanto el mayor diagnóstico diferencial es el síndrome de ovario poliquístico. La infertilidad en pacientes con esta patología, varía de un 16 a 30% y está determinada por la anovulación crónica que presentan; y cabe anotar que de las mujeres no tratadas, hasta un 33% pueden presentar abortos. El objetivo de este reporte es describir el enfoque integral de la enfermedad, haciendo énfasis en el abordaje preconcepcional para mejorar la tasa de embarazo.

REPORTE DE CASO: Paciente de 28 años, G1A1, con antecedente de pubarca precoz, hirsutismo y menstruaciones cada 3 meses, con diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, dado por panel hormonal que detectó variante homocigota en el gen CYP21A2, c.1360>T p.(Pro454Ser). La paciente consultó al servicio de ginecoendocrinología de la Fundación Valle del Lili, por deseo de fertilidad, teniendo en cuenta que su conyuge era sano. En los exámenes de laboratorio, tomados en fase folicular temprana, destaca DHEA-S: 192 ug/dl, testosterona total 0.5 ng/ml, estradiol 284 pg/ml, TSH 1.10, prolactina 15.4 ng/dl, FSH: 4.9, LH: 14 Vitamina D3: 29 ng/ml, Vitamina B12: 362 pg/ml, ferritina 72 ui/ml. Ecografía pélvica ginecológica dentro de límites normales. De acuerdo con los hallazgos, se indicó manejo con dexametasona en dosis de 0.25 – 0.5 mg/ noche, obteniendo ciclos menstruales 30 x 2, con posterior embarazo, el cual evoluciono sin complicaciones hasta el término.

RESULTADOS: El tratamiento ideal en pacientes sintomáticas (por infertilidad), que cursan con este trastorno metabólico, consiste en la administración de glucocorticoides en dosis fisiológicas y en caso de ser necesario, el uso de inductores de ovulación para restablecer la función ovulatoria.

CONCLUSIÓN: Las pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, pueden aumentar la probabilidad de embarazo, posterior al manejo con glucocorticoides e inductores de ovulación menstrual. Un abordaje integral preconcepcional en estas pacientes permite controlar las complicaciones asociadas, que pueden interferir con la posibilidad de un embarazo.

PALABRAS CLAVE: Hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, embarazo, atención preconcepcional, esteroides.



ANGIOMIXOMA VULVAR

Autor(es): Muñoz MA*, Duran Morales MA*, Cadavid LF, Colonia A***.**

***Especialista Ginecología y Obstetricia; Epidemiólogo, docente Universidad CES.

** Especialista Ginecología y Obstetricia, Clínica las Vegas

*Residentes Ginecología y Obstetricia. Universidad CES

Institución: Clínica las Vegas, Universidad CES.

Introducción: El angiomixoma vulvar es un tumor de tejidos blandos poco común, de origen mesenquimal que afecta principalmente vulva y periné. La OMS lo define como un "tumor de diferenciación incierta" y el principal síntoma es una masa en región pélvica que infrecuentemente invade localmente recto, vagina, vejiga o uretra. Puede ser diagnosticado erróneamente como quiste de la glándula de Bartholino, absceso vulvar, lipoma o hernia. Descrito por primera vez por Steeper y Rosai en 1983 y la mayor información proviene de informes de casos con aproximadamente 350 casos conocidos hasta el año 2012. La prevalencia actual es desconocida, aunque el 90% de los casos se presenta en mujeres en edad reproductiva con mayor incidencia en la cuarta década de la vida.

Materiales y métodos: Reporte de caso y búsqueda de la literatura en bases de datos Pubmed, Medline, Cochrane.

Caso clínico: Femenina de 59 años con historia de 3 años de masa en región vulvar izquierda de crecimiento lento, progresivo que impide la marcha, en el 2016 la ecografía de tejidos blandos reporta imagen sugestiva de quiste de Nuck, en el 2017 se realizó laparoscopia por gran quiste de Nuck Vs hernia inguinal, sin hallazgos en el procedimiento quirúrgico, posteriormente en el 2018 por persistencia de síntomas se realiza vulvectomía parcial, observando gran masa de 10x 7x 3.5 cm Con contenido solido mixto y hemorrágico; el resultado de histopatología reporta neoplasia mixoide y estudios de inmunohistoquímica positivos para CK, S-100, CD34, CD31 receptores de estrógenos y progesterona, vimentina, desmina, AML, ki67 que confirma el diagnóstico de Angiomixoma Vulvar.

Discusión Se describe el caso de una paciente con una masa en vulva de crecimiento progresivo que corresponde a un angiomixoma vulvar, patología con síntoma principal de masa en vulva de crecimiento progresivo generalmente asintomática o asociada a sensación de plenitud pélvica, dolor local o dispareunia. La tasa de diagnóstico erróneo es de 82%, pero ante la sospecha clínica debe realizarse ecografía de tejidos blandos, TAC o RMN y biopsia, siendo fundamental confirmar el diagnóstico con estudio de inmunohistoquímica positivo para CD34, SMA, desmina, vimentina, receptores de estrógeno y progesterona; el estándar de oro para el manejo es la escisión quirúrgica amplia, ya que el 85% recurre dentro de los 5 años de la cirugía inicial, siendo común la recurrencia local y menos frecuente la metástasis a distancia. En la actualidad no existe protocolo para realizar linfadenectomía, terapia adyuvante con quimioterapia o radioterapia para el tratamiento.

Conclusión: el Angiomixoma es una patología infrecuente, que debe ser sospechada ante una masa vulvar de crecimiento progresivo, se debe realizar un adecuado enfoque y abordaje dada su alta recurrencia y así lograr una escisión quirúrgica amplia con márgenes libres de tumor para la base del tratamiento curativo.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



Palabras claves: Angiomixoma vulvar, neoplasia mixoide.



STRUMA OVARIII: REPORTE DE CASO

AUTORES: Mendoza-Quevedo J (doncairaco@yahoo.com), Hinestroza- Antolines S, Linares-Messoni B, Alfonso-Vargas D.

INSTITUCIÓN: Hospital Occidente de Kennedy. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El struma ovarii se define como un teratoma ovárico que se compone predominantemente de tejido tiroideo (en más del 50%). Es un teratoma monodérmico compuesto por tejido tiroideo, que representa del 0,85 al 1,3% de los tumores ováricos y aproximadamente el 3% de todos los teratomas ováricos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se reporta el caso de una paciente que consulta con gran masa abdominopélvica y síndrome biliar obstructivo asociado, con diagnóstico definitivo de struma ovarii. Se realizó una revisión de la historia clínica con posterior discusión del caso basado en la búsqueda de la literatura.

RESULTADOS: Paciente de 69 años de edad, asiste al servicio de urgencias del Hospital Occidente de Kennedy por cuadro clínico de cuatro días de evolución con dolor en hipocondrio y flanco derecho irradiado a región dorsolumbar, asociado a náuseas, aparición de tinte icterico y coluria. Con antecedente de hipertensión arterial crónica manejada con Losartan 50 mg cada 12 horas y colecistectomía abierta hace 15 años. Menarquia a los 16 años, G7P5A2V5 y última menstruación a los 43 años. Ingresa con signos vitales normales, con escleras ictericas y masa subxifoidea que ocupa región abdominopélvica. Al tacto vaginal: cérvix cupulizado atrofico con masa al baloteo (región subcostal y subxifoidea).

Los laboratorios de ingreso reportaron elevación de bilirrubina total (10,2 mg/dl), bilirrubina directa (8,6 mg/dl), amilasa (189 U/L), AST (422 U/L) y ALT (422 U/L)

Se realizó ecografía abdominal total con hallazgo de masa solido quística de paredes gruesas con papilas y excrescencias en su interior, ubicada en hipogastrio de lateralidad anexial indeterminada de 197 x 114 x 178 mm, con un volumen de 2118 cc, síndrome biliar obstructivo con colédoco de 13,7 mm, no líquido libre en cavidad.

Se realiza impresión diagnostica de masa abdominopélvica en estudio y síndrome biliar obstructivo asociado. El servicio de ginecología oncológica realiza histerectomía abdominal total más salpingooforectomía bilateral más resección de tumor de ovario.

La biopsia por congelación reportó tumor dermoide. El reporte de patología definitivo describió: ovario derecho con tumor germinal de tipo Struma Ovarii de 18x16x10 cm, ovario izquierdo con tumor germinal de tipo teratoma quístico maduro de 8x6x4cm. Se realiza ecografía tiroidea dentro de lo normal y TSH 1,3 mU/L.

La paciente presenta una adecuada evolución post quirúrgica, presenta disminución progresiva de tinte icterico y descenso de pruebas de función hepática. Se da egreso hospitalario sin complicaciones.

CONCLUSIONES: El struma ovarii es una condición rara, a menudo asintomática, en la que el diagnóstico pre quirúrgico es difícil ya que no siempre hay compromiso de la función tiroidea. El tratamiento clave de esta patología es la extirpación quirúrgica, que puede ser conservadora si se desea preservar la fertilidad. La mayoría de los pacientes no requieren



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



períodos prolongados de seguimiento o investigaciones postoperatorias y presenta una evolución favorable.

PALABRAS CLAVE: struma ovarii, tumor dermoide, quiste ovárico.



DESCENSO ÚTERO VAGINAL Y DRENAJE DE HEMATOCOLPOMETRA TRANSPERINEAL EN AGENESIA VAGINAL DISTAL, MEDIANTE ABORDAJE SAGITAL POSTERIOR PRERRECTAL POR TÉCNICA DE PEÑA

AUTORES:

1. Barbosa – Ramírez G. (gabrielbarbosa@gmail.com)
2. Aguilar – Posada A. (sofiaguilar23@hotmail.com)

INSTITUCION: Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, Colombia)

INTRODUCCION:

La agenesia vaginal es la ausencia congénita de la vagina con desarrollo variable del útero, y es la anomalía vaginal más severa. Se presenta con amenorrea primaria, dolor pélvico cíclico, dolor lumbar, dificultad para la micción y defecación (1). Hace parte del síndrome de Mayer – Rokintansky – Kuster – Hauser (MRKH), con una incidencia de 1/5000 nacidos vivos, generalmente acompañado de agenesia cervical y uterina; sin embargo del 7 a 10% presentan endometrio funcional y útero estructuralmente normal (1). El objetivo de este trabajo es evaluar el diagnóstico y abordaje quirúrgico de una paciente adolescente con Síndrome de MRKH tipo II con agenesia vaginal distal y presencia de útero, trompas uterinas y ovarios estructuralmente normales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso

Paciente de 13 años en manejo multidisciplinario en HUSI desde enero de 2018 con agenesia vaginal distal, útero y ovarios estructuralmente normales y agenesia renal derecha. Presentó episodio de hematocolpos con dolor abdominal severo en diciembre 2017 manejada en otra institución, con sospecha diagnóstica de himen imperforado o septo vaginal transversal, con intento fallido de drenaje por vía vaginal, y posterior drenaje de hematometra con histerostomía por vía abdominal. Cuenta con estudio genético con cariotipo 46 XX con microdelección 16p11.2 sugiriendo una fuerte asociación con el Síndrome MRKH tipo II.

Requirió 2 hospitalizaciones por dolor abdominal documentando en resonancia magnética hematocolpometra y hematosálpinx, con aumento progresivo hasta alcanzar una distancia entre la obstrucción y el periné de 5 cm, sin embargo con dolor abdominal severo y hematocolpometra que asciende hasta nivel supraumbilical, por lo que es llevada el 04/10/2018 a descenso útero vaginal y drenaje de hematocolpometra transperineal mediante abordaje sagital posterior prerrectal con técnica de Peña. Se realiza procedimiento sin complicaciones evidenciando tercio distal y medio de la vagina obliterados con borde distal de hematocolpometra a 5 cm del cuerpo perineal, con drenaje de 500 cc de material hemático. Presenta adecuada evolución clínica con periodo menstrual espontáneo, vagina permeable y resolución de dolor abdominopélvico.

RESULTADOS:

La agenesia vaginal representa una malformación infrecuente cuyas principales causas son



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



el síndrome MRKH y la insensibilidad a los andrógenos. Su tratamiento se enfoca en la restauración de la función sexual (2). Se han descrito técnicas tanto conservadoras, que consisten en dilatación vaginal, como quirúrgicas por vía vaginal, laparotomía y laparoscopia. El manejo quirúrgico consiste en la realización de la neovagina con una tasa de éxito del 72 al 92% (3,4). La técnica sagital posterior prerrectal de Peña, con el cual se labra un trayecto desde el periné hasta el fondo de saco de Douglas o en este caso hasta el hematocolpometra; para esto debe existir una distancia máxima de 3.5 cm. Ofrece una excelente posición y abordaje menos invasivo para la realización de vaginoplastia (5).

CONCLUSION:

Este caso es un ejemplo de la importancia de un buen abordaje diagnóstico de las malformaciones del tracto genital femenino, dado que un mal diagnóstico puede llevar a estrategias terapéuticas no indicadas que postergan el manejo definitivo. En este caso el manejo quirúrgico representó un desafío para definir el momento ideal para realizarlo, teniendo en cuenta que la distancia requerida hasta el periné no alcanzó lo mínimo establecido por la literatura, pero la otra opción terapéutica era la histerectomía. El tratamiento debe ser abordado con un equipo multidisciplinario, presentando especial atención en los aspectos psicosociales y corrección de la anomalía anatómica.

PALABRAS CLAVE: Agenesia vaginal, Síndrome de Mayer – Rokintansky – Kuster – Hauser

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbieri, Robert. Congenital anomalies of the hymen and vagina. Uptodate. Feb 2019.
2. Gómez – Tabares, Gustavo. Descripción de técnica simplificada de neovagina. Reporte de 4 casos. Cali (Colombia). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol 6 No 1. 2010
3. Guarino, Nino. Vaginoplasty for Disorders of Sex Development. Frontiers in Endocrinology. 2013.
4. Barbosa, Gabriel. Síndrome de Mayer – von Rokitansky – Kuster – Hauser. Universitas Javeriana. 2013.
5. Barbosa, Gabriel. Adolescente con Síndrome de Mayer – von Rokitansky – Kuster – Hauser; la importancia de un manejo integral multidisciplinario. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol 57 No 4. 2006.



ADENOCARCINOMA PRIMARIO DE VULVA DE TIPO INTESTINAL INFILTRANTE DE ORIGEN CLOACOGÉNICO.

AUTORES:

1. Puentes Luis O.
2. Almeciga Luz A.
3. Aguilar Ana S.
4. Reyes Juanita A.
5. Mejía Maddy.

INSTITUCION: Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, Colombia)

Autor principal: orlando-puentes@hotmail.com

INTRODUCCION:

El cáncer de vulva representa el 4 al 5 % de las neoplasias ginecológicas, en Colombia el carcinoma vulvar tiene una incidencia de 1.1/100,000 mujeres. El 86 % de los cánceres de vulva son de origen escamoso, los melanomas ocupan el segundo lugar con una incidencia del 9 %, seguidos por otros tipos histológicos más raros como son los sarcomas, carcinomas de células basales y los adenocarcinomas. El adenocarcinoma de tipo intestinal cloacogénico, primario de vulva, es extremadamente raro y se considera una variante del adenocarcinoma vulvar y solo 9 casos se ha informado desde 1969. (1,2,3).

El objetivo de este estudio es reportar el caso de una paciente atendida en el Hospital Universitario de San Ignacio (HUSI), de la ciudad de Bogotá- Colombia con esta variante extremadamente rara de carcinoma vulvar, su enfoque diagnóstico y tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso

Paciente de 31 años con aparición de lesión vulvar derecha en enero de 2017, tipo condiloma, en horquilla vulvar a las 7 horas, de 1.5 cm, con reporte de patología que extra institucional, describe adenocarcinoma moderadamente diferenciado en biopsia de horquilla vulvar, con infiltración superficial del estroma, y cambios citopáticos por VPH en el epitelio escamoso vulvar. Es valorada en HUSI en abril de 2018 donde al examen físico solo se evidencia en vulva y a nivel del introito vaginal, 1 cm lateral derecho, lesión fibrótica ligeramente hiperpigmentada, no exofítica, que impresiona tejido cicatrizal.

Se complementan estudios con TAC de abdomen y pelvis contrastados, colonoscopia y cistoscopia normales, y revisión de placas de histología institucionales que reporta epitelio glandular de tipo colónico con infiltración del estroma y continuidad con el epitelio escamoso de la mucosa vulvar. La inmunohistoquímica mostro positividad para CK20 y CK7 y negatividad para receptores de estrogénos y progestágenos, considerándose adenocarcinoma de tipo intestinal infiltrante más probablemente cloacogénico. Es llevada a junta oncológica, donde se define realización de vulvectomía radical parcial para ampliación de márgenes quirúrgicos.

RESULTADOS:



Los adenocarcinomas de tipo intestinal cloacogénico son excepcionales, a la fecha solo 9 casos han sido publicados. (2,4,5). Su origen es controversial, Novak y Woodruff (6) propusieron que los restos cloacales ectópicos tiene la capacidad de sufrir una transformación maligna con diferenciación similar a un adenocarcinoma primario de colon sin embargo siempre debe descartarse un origen metastásico. Su curso clínico es indolente y se presenta como lesiones condilomatosas. Tiene una fuerte marcación para citoqueratina 20 y débil citoqueratina 7. No existe un consenso en su manejo dado la rareza de los casos y van desde la vulvectomía radical o escisión total amplia con o sin disección de ganglios linfáticos inguino femorales. (2,4,7)

CONCLUSION:

El adenocarcinoma de tipo intestinal cloacogénico, primario de vulva, es extremadamente raro y se considera una variante del adenocarcinoma vulvar y solo 9 casos se ha informado desde 1969. El conocimiento de este tumor es limitado por lo tanto su tratamiento aún no está estandarizado.

PALABRAS CLAVE: Cloacogenic adenocarcinoma of the vulva, vulvar cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

6. Berek, Jonathan. Vulvar cáncer: Epidemiology, diagnosis, histopathology and treatment of rare histologies. Uptodate. Wolters Kluwer. 2018
7. Tepeoglu, Merih, et al. Cloacogenic Adenocarcinoma of the Vulva: A Case Report and Review of the Literature. Turkish Journal of Pathology. Vol. 34, No. 3, 2018; Page 255-258.
8. World Health Organization. Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, all cancers, females, all ages. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr>. 2018
9. Dube, Valerie. Primary Villoglandular Adenocarcinoma Of Cloacogenic Origin Of The Vulva. Human Pathology Volume 35, No. 3. 2004
10. Willén, Roger. Cloacogenic Adenocarcinoma of the Vulva. Gynecologic Oncologia. 1999
11. Novak ER, Woodruff JD. Gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 1974. 26
12. Lee, Kam-Chong. Multicentric cloacogenic carcinoma: Report of a case with anogenital pruritus at presentation. Journal of the American Academy of Dermatology. 1990.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO - FLASOG -



GP-63

MANEJO DE RABDOMIOSARCOMA EMBRIONARIO SUBTIPO BOTRIOIDES RECURRENTE: REPORTE DE CASO

Suso, JP. Restrepo OH, Burbano JE.

Correo electrónico: juanpablosuso79@gmail.com Celular: +57 (314) 615-4726

INSTITUCIÓN: Fundación Valle del Lili, Cali, Valle del Cauca, Colombia.

INTRODUCCIÓN: El rhabdomioma son sarcomas de tejidos blandos derivados de células mesenquimales. Constituye el 6-8% de las neoplasias sólidas en la población pediátrica y menos del 4% en la población adulta. Pueden aparecer en cualquier sitio del cuerpo, siendo la cabeza, el cuello y el tracto genitourinario los sitios más comunes; sin embargo, la localización cervical es cuatro veces menos prevalente que la vaginal, correspondiendo al 0.2% de todos los tumores malignos de cérvix. El manejo habitual es con cirugía radical (traquelectomía), quimioterapia y radioterapia con sobrevida global a 5 años reportada entre 80-90%. Se realiza el reporte de un caso de rhabdomioma subtipo botrioides en cuello uterino con manejo expectante posterior a recurrencia con conización, preservando fertilidad.

RESULTADOS: Paciente nulipara quien a los 14 años presenta cuadro de sangrado vaginal donde se evidencia lesión polipoide cervical, realizandose polipectomía, con patología que reporta **Rhabdomioma embrionario subtipo botrioides**. Los estudios de extensión negativos, por lo que estadifica como estadio I, siendo manejada con quimioterapia (33 semanas dosis acumulada de d-actinomicina 12 mg/m² + vincristina 27 mg/m²) hasta el 11 de agosto del 2015. Los controles son negativos, hasta diciembre 2018, presentando nuevo cuadro de sangrado vaginal que evidencia reaparición de lesión polipoide, sin ninguna otra alteración al examen físico, por lo que es resecada, reportando la patología recidiva tumoral, con estudios de extensión TAC, RNM negativos. Llevada a histeroscopia en febrero del 2019 encontrando lesión irregular de aproximadamente 0.5 cm (Figura 1) la cual se toma biopsia y conización LLETZ con cubo endocervical con reporte de patología histológicamente normal.

CONCLUSIONES: El rhabdomioma subtipo botrioides es una entidad rara que afecta a pacientes jóvenes usualmente en la primera y segunda década de la vida. Este sería uno de los pocos casos reportado en la literatura de rhabdomioma subtipo botrioides en cuello uterino, con manejo expectante en recurrencia posterior a conización en pacientes con deseo de preservar fertilidad.

PALABRAS CLAVE: Rhabdomioma, Botrioides, cérvix uterino.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



GP-64

EL COMPORTAMIENTO DE LA TEMPERATURA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON LA OVULACIÓN, UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Lozano-Villanueva J, Ávila-García M, Restrepo-Castro O, Castillo-Zamora M, Reynolds-Pombo J, Bastidas-Goyes A.

Grupo de investigación: Salud sexual y procreativa. Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía –Cundinamarca.

Contacto:

RESUMEN

Objetivo: Realizar una revisión de alcance con el fin de recopilar información de artículos científicos referentes a las variaciones de temperatura corporal durante el ciclo menstrual, con el fin de establecer parámetros térmicos que permitan identificar la ovulación y proporcionen datos para evaluar de forma indirecta la función ovárica.

Fuente de los datos: Empleando la metodología de Arksey y O'Malley para revisiones de alcance como guía, se planteó una pregunta de investigación y se establecieron las estrategias de búsqueda con el fin de delimitar los resultados, posteriormente se revisaron las bases de datos: PUBMED, EMBASE y GOOGLE ACADEMICO, incluyendo artículos publicados en los últimos 25 años desde 1994 hasta 2019, en idioma inglés y español.

Selección de estudios: Dos revisores analizaron de forma independientes los artículos encontrados y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión fueron escogidos los que serían incluidos de forma definitiva en la revisión.

Extracción de los datos: La extracción de la información se realizó de forma independiente por cada revisor en una plantilla computarizada.

Síntesis de los datos: Los cambios de temperatura corporal inducidos por el ciclo menstrual se reflejan con mayor claridad a nivel de la temperatura central. La alta concentración estrogénica preovulatoria induce a un descenso sustancial de la temperatura que ocurre de 1 a 2 días previos a la ovulación, el cual es conocido como nadir térmico. Posteriormente la secreción de progesterona a nivel del cuerpo en el cuerpo lúteo induce un aumento significativo de la temperatura corporal que oscila entre 0.3°C a 0.5°C, la cual permanece constantemente elevada hasta 1 o 2 días antes del inicio de un nuevo ciclo menstrual. El registro continuo de la temperatura corporal permite evaluar la función ovárica de forma indirecta, ya que la tendencia bifásica de los valores térmicos refleja ciclos ovulatorios, mientras que su comportamiento monofásicas se asocia a ciclos anovulatorios.

Conclusiones: Es necesario realizar investigaciones encaminadas a mejorar la adquisición de la temperatura corporal central para establecer así resultados confiables que permitan identificar la ovulación, además de ampliar los estudios acerca del nadir térmico como predictor prospectivo de ovulación.

Palabras clave: Temperatura, ovulación, ciclo menstrual.



EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN EL USO DE SLING REAJUSTABLE (REMEEX NEOMEDICS) EN LA CLINICA BOLIVARIANA

Gallego-Mejía A, Gómez M, Echavarría LG, Henao C, Castaño LC, Sanín D

Correo de contacto: angelicagm14@hotmail.com

Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Antioquia, Colombia.

Introducción:

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), afecta entre el 7,9% y 46,0% de las mujeres y su prevalencia aumenta con la edad. Genera problemas sociales, económicos y psicológicos teniendo impacto negativo en la calidad de vida.

Los procedimientos de sling mediouretral sin tensión se han usado para el manejo de incontinencia por su eficacia y seguridad. Sin embargo, su mayor limitante es que la tensión apropiada no está estandarizada durante la cirugía.

El sistema de cinta reajutable (Remeex™) se introdujo como una alternativa quirúrgica para el tratamiento de mujeres con IUE, deficiencia intrínseca del esfínter, uretra fija, hipoactividad del detrusor y / o fracaso de otros procedimientos antiincontinencia.

Este sistema brinda la posibilidad del reajuste de la tensión después de la intervención quirúrgica, que permite la corrección de la incontinencia, mejorando la tasa de éxito, disminuye la tasa de complicaciones; la recidiva de la incontinencia con o sin retención urinaria y evita la reoperación, reconectando el manipulador al varitensor con una pequeña incisión bajo anestesia local.

Materiales y Métodos: 17 pacientes fueron sometidas a cirugía anti-incontinencia con sling reajutable (REMEEX NEOMEDICS) entre 2016 -2018 en la Clínica Universitaria Bolivariana. Se tomaron variables sociodemográficas, antecedentes médicos y quirúrgicos recibidos previos a la cirugía, indicación de la cirugía y complicación. Se realizó la escala de Sandvick y escala de calidad de vida EQ-5D.

Resultados: La patología más común en las pacientes fue HTA (41.1%), 17 pacientes cursaban con diagnóstico de incontinencia urinaria severa/refractaria, 4 pacientes (23.5%) cursaban con hipoactividad del detrusor y una (5.8%) con deficiencia intrínseca del esfínter. 16 pacientes (94.1%) tenían como antecedente cirugías anti-incontinencia. De las 17 pacientes, a 8 (47.05%) se les realizó cirugía para corrección de prolapso de órganos pélvicos concomitante.

Una paciente requirió intervención quirúrgica al año siguiente con autoinjerto. 3 pacientes (17.6%) requirieron reajuste del varitensor postoperatorio.

Al aplicarles la escala de Sandvick en su posoperatorio: 3 pacientes (17.6%) quedaron secas, 13 pacientes (76.4%) mejoraron frente a su condición previa y 1 paciente (5.8%) no presentó cambios.

3 pacientes (17.6%) presentaron complicaciones, una presentó perforación vesical durante el procedimiento y dos presentaron exposición del varitensor en el seguimiento postquirúrgico.

La media del seguimiento es 20 meses (entre 4 y 36 meses).

Se aplicó la escala de calidad de vida EQ-5D. En cuanto a la mejoría en la calidad de vida referida por las pacientes, el promedio de mejoría fue de 71, con un mínimo de 20 y un valor máximo de 100.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG

FIGO – FLASOG -



Conclusiones:

El Sling reajutable es una buena opción para las pacientes con intervenciones previas anti-incontinencia que presentan incontinencia urinaria refractaria, mejorando su calidad de vida y el grado de incontinencia con el que cursaban previo al procedimiento.

Palabras clave: Incontinencia esfuerzo, Sling, Remeex.



EMBARAZO ABDOMINAL DE 34 SEMANAS: REPORTE DE CASO

Giraldo-Giron P, Villada-Montoya M, Carvajal-Restrepo MH, Lambertino-Montaño JR

Correo: Jpau168@hotmail.com

INSTITUCIÓN: Clínica SOMER, Rionegro (Antioquia), Colombia.

INTRODUCCIÓN: El embarazo abdominal es una condición extremadamente rara, representa el 1% de todos los embarazos ectópicos, los cuales son el 1-2% de todos los embarazos. Su incidencia es de 1:10.000 - 1:30.000 nacidos vivos siendo mayor en países subdesarrollados y la mortalidad materna varía del 0,5 - 18% y la perinatal del 40-95%, sin embargo, el riesgo de muerte es mucho más alto (7,7 veces mayor que el tubárico y 90 veces mayor que el intrauterino).

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y su diagnóstico oportuno es un reto, sólo 20-40% de los casos diagnosticados de forma preoperatoria y un porcentaje de error del 50-90% (tercer trimestre). Ecográficamente se observa: útero vacío, placenta mal definida y oligohidramnios, sin embargo, la resonancia magnética juega un papel importante en la confirmación del diagnóstico.

Actualmente no existe consenso sobre la remoción de la placenta durante la laparotomía. Removerla usualmente conlleva a hemorragia masiva de origen arterial, mientras que dejarla in situ aumenta el riesgo de infección, necrosis y sepsis. Múltiples reportes de casos han descrito la remoción de la placenta con buenos desenlaces en las últimas décadas, pero ésta es una decisión que debe individualizarse.

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

RESULTADOS: Paciente de 29 años, G5P4V4, antecedente de laparotomía por peritonitis y apendicitis; remitida de Chocó a la Clínica SOMER de Rionegro (Antioquia, Colombia) por dolor abdominal inespecífico, edad gestacional desconocida, sin controles prenatales, se realiza ecografía evidenciando útero vacío, feto en cavidad abdominal de 32+6 semanas, PFE 1709g, anhidramnios. Se realizó Resonancia Magnética que confirmó el diagnóstico, con tejido placentario intrabdominal en contacto con serosa uterina, comprimiendo los vasos ilíacos externos y con vascularización desde los vasos hipogástricos derechos. Se realizó staff multidisciplinario, maduración fetal, se llevó a laparotomía en la semana 33+6, encontrando feto flotante en cavidad abdominal hacia hipocondrio derecho sin membranas ovulares, placenta en fosa iliaca derecha, sin vascularización proveniente de grandes vasos, adherencias múltiples, se logra extracción completa sin complicaciones. Neonato de sexo masculino, peso 1940 gr, talla 41 cms, Apgar 6/7 recibido por pediatría, sin malformaciones evidentes, se intuba y trasladan a UCIN.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas y se valoró una semana después encontrando adecuada evolución. El neonato permanece hospitalizado en la UCIN con evolución satisfactoria, recibió dos dosis de surfactante, sin malformaciones congénitas mayores y con oxígeno por cánula nasal.

CONCLUSIÓN: El embarazo abdominal avanzado es una entidad extremadamente rara pero con alta morbimortalidad materna y perinatal. Una vez realizado el diagnóstico, se debe referir a un nivel de atención que cuente con todos los recursos disponibles. Si bien no existe consenso sobre la extracción o no de la placenta, presentamos un caso con embarazo abdominal de tercer trimestre donde se logra la extracción placentaria completa sin complicaciones y desenlaces maternos y fetales exitosos.

PALABRAS CLAVE: Embarazo abdominal, embarazo ectópico



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



GP-89

INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA: CORRELACIÓN DE ALTERACIONES GINECOLÓGICAS Y MUJERES TATUADAS DE UNA COHORTE DE 1710 PACIENTES EN TOLIMA, COLOMBIA.

AUTOR(ES): Méndez-Salas J, Sánchez-Jiménez Y*, Varela-Pérez M.

[*yesid.sanchez@yahoo.com](mailto:yesid.sanchez@yahoo.com)

INSTITUCIÓN: Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima, Semillero de Investigación en Oncología SION, Ibagué, Tolima, Colombia.

INTRODUCCIÓN: Los niveles de tóxicos presentes en la tinta utilizada para la realización de tatuajes y su presencia, no solamente a nivel local al perforar la piel sino su diseminación mediante vía linfática, plantea la posibilidad de relacionar el porte de tatuajes con la presencia de alteraciones ginecológicas, considerando dentro de este estudio una posibilidad de evaluarlo como un factor de riesgo predisponente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Tipo de estudio descriptivo, no probabilístico y aleatorio en el cual se evaluaron las historias clínicas de 1710 pacientes en la ciudad de Ibagué, Tolima, con una cohorte correspondiente a mujeres de varias edades y diferentes alteraciones ginecológicas, de las cuales se estudiaron las pacientes que tenían algún tipo de tatuaje en cualquier parte del cuerpo, en un período comprendido entre enero de 2016 y enero 2019.

RESULTADOS: Los resultados de la investigación muestran que los tatuajes no se relacionan directamente con las alteraciones ginecológicas, puesto que, con base en la muestra poblacional de las 66 pacientes tatuadas con la muestra universal perteneciente a la cohorte de 1710 pacientes evaluadas, no corresponde a un número significativo de casos. Sin embargo, del estudio realizado, se encontró que las pacientes tatuadas presentaban más resultados anormales en la citología cervicouterina, lo que implicaría continuar con un seguimiento detallado y oportuno con el fin de determinar la relación existente entre estos datos. Igualmente, la realización de un examen exhaustivo en el que se verifique el estado clínico de los ganglios regionales y sus características, debido a que es posible el paso de los componentes de la tinta de tatuar por vía linfática.

CONCLUSIONES: El estudio demostró que la tinta de tatuar no se puede considerar como un factor de riesgo predisponente para desarrollar alteraciones ginecológicas, sin embargo, se demostró que un porcentaje representativo de las pacientes tatuadas, presentaban citología cervicouterina anormal, por lo que se considera tener en cuenta otros factores de riesgo asociados y continuar investigando el tema mediante la realización de más estudios que sugieran una relación entre la presencia de alteraciones ginecológicas con el uso de tatuajes.

PALABRAS CLAVE: Tatuajes, alteraciones ginecológicas, citología anormal.



GP-90

LEIOMIOMATOSIS PERITONEAL DISEMINADA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Ardila-Sanabria I1,, Puentes-Puentes O2, Pacheco M3

1, Fellowship II año, programa Ginecología Oncológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José

2, Profesor asistente, programa Ginecología Oncológica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José

3, Profesor asistente, Programa Cirugía General, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Hospital de San José

inardila@fucsalud.edu.co

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La leiomiomatosis peritoneal diseminada (LPD) es una enfermedad poco común caracterizada por la presencia de múltiples nódulos de células musculares lisas dispersas en la cavidad abdominal. Hasta la fecha, solo unos 150 casos han sido reportados en la literatura. Presentamos un caso de LPD recurrente tras laparotomía en una paciente de 45 años de edad atendida en Hospital de San Jose, de la ciudad de Bogotá, Colombia. Se describen datos quirúrgicos, examen anatomopatológico macroscópico con fotografías digitales, junto con una revisión de diferentes aspectos clínicos de la enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se describe un caso clínico de una mujer de 45 años con cuadro de hemorragia uterina anormal, quien es llevada a Histerectomía abdominal total en noviembre de 2010, con reporte de patología con miomatosis intramural y cervical. Posteriormente, en 2013, es llevada nuevamente a procedimiento quirúrgico, realizándose cistectomía de ovario + omentectomía parcial + apendicectomía, con reporte de patología leiomioma, tumor estromal benigno y epiplón con leiomiomatosis peritoneal diseminada y apéndice negativo para neoplasia. Por persistencia de dolor abdominal asociado a masa, se realizan imágenes, entre ellas una ecografía abdominal total, TAC y Resonancia Magnética Nuclear, que informaron múltiples masas pélvicas, compatibles con leiomiomatosis peritoneal diseminada, por lo cual fue llevada a cirugía ultraradica en nuestra institución en julio 2018, con citoreducción completa de las lesiones y adecuada evolución postoperatoria, quien hasta la fecha ha permanecido sin recaída de la enfermedad.

Se realiza una revisión de la literatura vía PubMed, MEDLINE, Elsevier, NEJM Group, Scielo y UpToDate, con los términos “leiomyomatosis peritonealis disseminata”, “Leiomyoma”, “Disseminated peritoneal leiomyomatosis”.

RESULTADOS: El diagnóstico diferencial de la LPD es un reto debido a su similitud con la carcinomatosis peritoneal y otros trastornos abdominales benignos. La transformación maligna es rara, pero puede ocurrir, por lo que es necesario un seguimiento cercano. En nuestra revisión bibliográfica encontramos reportes desde el año 1976 y hasta el año 2017 aproximadamente 150 casos habían sido reportados en la literatura.

CONCLUSIONES: La LPD es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente grave. En nuestra opinión, se necesitan estudios más amplios para mejorar nuestra efectividad diagnóstica y definir la mejor estrategia terapéutica, ya que no hay un tratamiento standard de la misma; los diferentes estudios muestran que el tratamiento quirúrgico es la primera opción en el manejo de mujeres sin deseo reproductivo o mujeres postmenopáusicas y se considera la posibilidad de transformación maligna dada la recurrencia a nivel abdominal y la



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



rápida progresión, por lo que se deben realizar estudios de inmunohistoquímica a piezas de patología.

Palabras claves: “leiomyomatosis peritonealis disseminata”, “Diseminated peritoneal leiomyomatosis”.



DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET EXTRA MAMARIA PRIMARIA A NIVEL VULVAR. PRESENTACION DEL CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

AUTORES:

Polanco Andrés F. MD*, Puentes Luis O. MD **, Bermúdez L. E MD ***

*Departamento de Ginecología y obstetricia.

**Ginecólogo oncólogo, Universidad javeriana, Hospital universitario San Ignacio, Bogotá-Colombia.

*** Cirugía Plástica Hospital universitario san Ignacio, Bogotá-Colombia.

Autor principal: Andrés Polanco. afpolanco@husi.org.co

INTRODUCCION

La enfermedad de Paget extramamaria primaria de la vulva (EPEMV) fue descrita por primera vez por un dermatólogo Francés William Dubreuilh en 1901. El 90 % de la EPM es de origen mamario y tan solo el 10% son de origen extra mamario (EPEM). Representa menos del 1% de las enfermedades malignas de la vulva, la edad de presentación es entre los 60 y 70 años, afecta con mayor frecuencia a mujeres de raza blanca. (1,2,3).

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso.

Presentación de caso clínico de una paciente con la enfermedad de Paget extra mamaria primaria a nivel vulvar, además realizar una revisión de la literatura donde se destacan los aspectos más importantes de la clínica, el enfoque diagnóstico y el tratamiento.

Paciente de 79 años la cual ingresa al Hospital san Ignacio con cuadro clínico de varios años de prurito e irritación vulvar asociado a lesión eritematosa a nivel vulvar con crecimiento progresivo de la misma, reporte de anatomía patología e inmunohistoquímica corrobora Enfermedad de Paget. Los estudios de extensión fueron negativos por lo cual se considera una enfermedad de Paget de origen primario. Al examen físico lesión eritematosa, elevada que compromete principalmente labios mayores y menores izquierdos, extendiéndose hasta pliegue inguinal izquierdo de 15 x 15 cm, no compromete uretra, ni introito vaginal, tampoco se extiende a ano. Llevada a vulvectomía radical dejando margen de 2 cm en todos los bordes y posteriormente la parte reconstructiva fue realizada por el servicio de cirugía plástica, utilizando colgajos musculo cutáneos de gráciles de forma bilateral. Reporte de patología confirma enfermedad de Paget extra mamaria primaria micro infiltrante con extensión a anexos cutáneos con márgenes cutáneos internos comprometidos por tumor por lo que se realizó adyuvancia con radioterapia dado que no se considera candidata a re intervención quirúrgica.

RESULTADOS:

La mayoría de los pacientes, EPEMV, produce síntomas como irritación, picazón y ardor sin embargo cerca del 5 al 15% de las pacientes no presentan síntomas hasta el momento del diagnóstico. En el examen físico, se presenta como una placa eritematosa con áreas blanquecinas conocida como "descascarillado". Además, de un completo examen ginecológico se deben realizar mamografías, cistoscopia y colonoscopia en búsqueda de



primarios a este nivel. Histológicamente, se caracteriza por la presencia de grandes Células intraepiteliales ovaladas o poliédricas llamadas células de Paget. (2,4,5)

El tratamiento quirúrgico de la EPEMV consiste principalmente en una escisión local amplia. La linfadenectomía inguinofemoral está indicada en los casos que muestran enfermedad invasiva mayor a 1 mm. El imiquimod, la terapia fotodinámica el láser y la radioterapia se usan como métodos alternativos, adyuvantes al tratamiento quirúrgico o en las recaídas. La tasa de supervivencia global de la EPEMV es del 75-91% a 5 años. (2,5)

CONCLUSION

- La Enfermedad de Paget extra mamaria es poco común dentro de las enfermedades malignas de la vulva. El manejo inicial es la escisión quirúrgica sin embargo se encuentran varias opciones de manejo según el tipo de paciente, o la persistencia de enfermedad como lo es en este caso en el cual se plantea manejo tópico, radioterapia entre otros.

PALABRAS CLAVES

- Enfermedad de Paget, Enfermedad de Paget extramaria, Enfermedad de Paget vulvar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parker LP, Parker JR, Bodurka-Bevers D, Deavers M, Bevers MW, Shen-Gunther J, Gershenson DM, Paget's disease of the vulva: pathology, pattern of involvement, and prognosis. *Gynecol Oncol.* 2000;77(1):183.
2. Van der Linden, M. Paget disease of the vulva. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 101 (2016) 60–74.
3. Perez, D.R., et al., 2014. Management and outcome of perianal Paget's disease: a 6-decade institutional experience. *Dis. Colon Rectum* 57 (6), 747–751
4. M. van der Linden et al. Paget disease of the vulva M. van der Lindena,*, K.A.P. Meeuwis b, J. Bultenc, T. Bosse d, M.I.E. van Poelgeest e, J.A. de Hullua / *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 101 (2016) 60–74.
5. Baiocchi, G., et al., 2012. Conservative management of extramammary paget disease with imiquimod. *J. Low. Genit. Tract Dis.* 16 (1), 59–63



FIBROSIS RETROPERITONEAL PRIMARIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS PELVICAS Y PARAAORTICAS

Rengifo G¹, Calderón P².

1. Universidad del Rosario, 2. Hospital Universitario Mayor Mederi

gabi899@hotmail.com

Hospital Universitario Mayor Mederi; Bogotá, Colombia

La fibrosis retroperitoneal primaria es una enfermedad autoinmune poco común relacionada con la enfermedad por inmunoglobulina IgG4. Tiene una incidencia de 0.1 por 100.000 personas y la edad de presentación es alrededor de los 50 años. Se caracteriza por la inflamación y fibrosis de los tejidos del retroperitoneo y de los órganos intraabdominales. Puede generar pocos síntomas como el dolor abdominal y pélvico. El diagnóstico se realiza por medio de imágenes diagnósticas y el tratamiento se basa en cortico terapia.

Reporte de caso

Mujer de 58 años con antecedentes de hipotiroidismo, en seguimiento por ginecología por masa anexial izquierda y hallazgo de ca 125 elevado (1225 U/ml). Remitida para estudios de extensión, al ingreso no dificultad respiratoria, con hipoventilación en campo pulmonar derecho, abdomen no distendido, examen ginecológico con útero ligeramente aumentado de tamaño, no masas anexiales con nódulo palpable de 1 cm en fondo de saco posterior. Tomografía de tórax con derrame pleural masivo derecho y engrosamiento pleural, tomografía de abdomen y pelvis con adenomegalias mesentéricas, retroperitoneales supra e infra renales, interaortocavas y para aórticas de 32 mm de diámetro con compromiso de cadenas iliacas, hidroureteronefrosis bilateral con aumento de volumen de ovario izquierdo.

Por probable etiología maligna, se solicitaron biopsias de conglomerados ganglionares. Biopsia de pleura con reporte de quilotorax, se inició manejo con nutrición parenteral. Citología de líquido pleural negativo para tumor, resonancia de pelvis con adenomegalias en cadena iliaca externa izquierda (17 mm). Se sospechó enfermedad linfoproliferativa, se llevó a laparoscopia diagnóstica donde se realizó salpingooforectomía bilateral y linfadenectomía pélvica de conglomerado ganglionar iliaco izquierdo con patología fibrotecomas ováricos bilaterales y ganglio iliaco reactivo. Tomografía de abdomen y pelvis de control con adenomegalias en mesenterio de 23 mm y retroperitoneales de 25 mm. Se solicitó PET-CT con reporte de adenopatías en mesenterio, hilio hepático de aspecto metastásico, cambios granulomatosos en el tórax. Perfil inmunológico negativo. Se llevó a laparotomía exploratoria, hallazgos intraoperatorios de fibrosis severa retroperitoneal con limitación en identificación de vasos aortocavos con resección de ganglio para aórtico (2x1 cm), ganglio iliaco primitivo derecho (3x1 cm), resto de órganos intra abdominales normales. Por hallazgos intraoperatorios y reporte de patología de conglomerados ganglionares (población linfoide reactiva, con fibrosis- hialinización) se consideró paciente cursó con fibrosis retroperitoneal primaria, patología autoinmune ya que se descartó proceso neoplásico tanto linfoproliferativo como tumores retroperitoneales con toma de biopsias amplias (población linfoide reactiva, fibrosis, no infiltración neoplásica) como otros primarios. Se consideró inicio de manejo con cortico terapia oral, adecuado respuesta a tratamiento.

Discusión:

Presentamos el caso de una paciente con sospecha de patología tumoral por masas pélvicas y para aorticas, sin embargo, con biopsias amplias negativas para el mismo, sin



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



patología linfoproliferativa y descartando otros primarios, se consideró cursó con fibrosis retroperitoneal primaria como diagnóstico de exclusión. Patología poco común, poco sintomática, sin embargo con la implementación del tratamiento la paciente presentó mejoría de cuadro clínico.

Palabras claves: Fibrosis retroperitoneal primaria, Autoinmunidad



PILOMATRIXOMA VULVAR, REPORTE DE CASO.

AUTORES:

1. Puentes Luis O.
2. Almeciga Luz A.
3. Reyes Juanita A.
4. Mejía Maddy.

INSTITUCION: Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, Colombia)

Autor principal: orlando-puentes@hotmail.com

INTRODUCCION:

El pilomatrixoma es un tumor benigno de la piel, originado de las glándulas sebáceas, con una incidencia del 0.03 – 0.1% (1). El pilomatrixoma tipo carcinoma, es la variante maligna descrita en 1980 por Lopansri y Mihm (2). Al igual que el pilomatrixoma, la variante tipo carcinoma se presenta principalmente en la cabeza y el cuello. Para el 2017 se habían reportado 125 casos y de estos solo 2 a nivel genital. (3,4)

El objetivo de este estudio es reportar el caso de una paciente atendida en el Hospital Universitario de San Ignacio (HUSI), de la ciudad de Bogotá- Colombia con esta variante rara de tumor vulvar, siendo el primer caso en nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Reporte de caso

Paciente de 75 años consulto por cuadro clínico de año y medio consistente en sensación de masa en región vulvar asociada a prurito genital. Extra institucionalmente realizan biopsia de lesión en labio mayor derecho, reportada como carcinoma escamocelular infiltrante. Al exámen físico se evidencia masa de 5 cm en labio mayor derecho, sin ulceración sin adenopatías inguino femorales. Estudios de extensión, los cuales son negativos. Se realiza vulvectomía radical derecha más linfadenectomía inguino femoral, sin complicaciones. Se obtiene patología reportando un pilomatrixoma abscedado y ulcerado, de tipo benigno con márgenes de resección libres de tumor. Posterior a procedimiento quirúrgico, se ha realizado control clínico de la paciente cada 3 y sin compromiso ganglionar. A la fecha está asintomática y libre de enfermedad.

RESULTADOS:

El pilomatrixoma es una neoplasia asociada al folículo piloso, principalmente localizada en el cuello y cabeza, muy rara vez encontrada en región vulvar. Usualmente se presenta como una lesión nodular que puede ser asintomática y con el tiempo aumenta de tamaño y se puede asociar a ulceración o inflamación (1). Las lesiones benignas de este tipo tienen un tamaño entre 1 – 3 cm, mientras que la variante maligna puede alcanzar 4 cm. Usualmente no tienen un comportamiento infiltrativo, ni tienen invasión vascular o perineural (2). La variante maligna se puede confundir con un carcinoma de células escamosas invasivo y tiene un comportamiento localmente agresivo. El tratamiento consiste en resección local amplia, con márgenes de 5-30 mm. Dada su rareza no existen estándares bien definidos para el tratamiento quirúrgico de esta lesión, sin embargo, la escisión quirúrgica completa con márgenes amplios es casi siempre curativa y sirve como confirmación diagnóstica. (4,5,6).

CONCLUSIÓN:



El pilomatrixoma es un tumor benigno de la piel, originado de las glándulas sebáceas. La incidencia de los pilomatrixoma es baja, siendo aún más baja la variante maligna por lo tanto no existe consenso en su manejo siendo la resección quirúrgica amplia con bordes negativos el manejo más adecuado. Este caso es el primer de esta patología en nuestra institución.

PALABRAS CLAVE: Polimatrix carcinoma, vulvar cáncer, epitelial skin tumor.

BIBLIOGRAFIA

1. Ocal, Doga & Türkyılmaz, Esengül & Gultekin, Ismail & Çekmez, Yasemin & Günçe, Sevil. (2016). Pilomatrixoma Localized in Vulva. *Medeniyet Medical Journal*. 31. 10.5222/MMJ.2017.1005.
2. Song, M., Chekmareva, M., Bachmann, G., & Gibbon, D. (2015). Pilomatrix carcinoma of the vulva. *Gynecologic oncology reports*, 15, 9-11. doi:10.1016/j.gore.2015.12.001
3. Gazic, B., Sramek-Zatler, S., Repse-Fokter, A., & Pizem, J. (2011). Pilomatrix carcinoma of the clitoris. *International journal of surgical pathology*, 19(6), 827-830.
4. Jones, C. et al. Pilomatrix carcinoma: 12-year experience and review of the literature. *Journal of Cutaneous Pathology*. Jan2018, Vol. 45 Issue 1, p33-38.
5. Cornejo, K. M., & Deng, A. (2013). Pilomatrix carcinoma: a case report and review of the literature. *The American Journal of Dermatopathology*, 35(3), 389-394.
6. Hardisson, D., Linares, M. D., Cuevas-Santos, J., & Contreras, F. (2001). Pilomatrix carcinoma: a clinicopathologic study of six cases and review of the literature. *The American journal of dermatopathology*, 23(5), 394-401.
7. Jones, Christopher, et al. "Pilomatrix carcinoma: 12-year experience and review of the literature." *Journal of cutaneous pathology* 45.1 (2018): 33-38.



GP-103

HERNIA INTESINAL POR PUERTO DE LAPAROSCOPIA DE 5MM. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA.

AUTORES:

Puentes Luis O. MD *Polanco Andrés F. MD** Iglesias Paola P***.

* Ginecólogo oncólogo, Universidad javeriana, Hospital universitario San Ignacio, Bogotá-Colombia. Departamento de Ginecología y obstetricia.

** Residente de Ginecología y Obstetricia Pontificia Universidad Javeriana.

*** Fellow de endoscopia ginecológica FUCSALUD.

Autor principal: Luis Orlando Puentes. orlando-puentes@hotmail.com

INSTITUCION:

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá- Colombia.

INTRODUCCION

El uso creciente de la laparoscopia ha resultado en complicaciones adicionales específicas para este tipo de abordaje, tales como las hernias incisionales que se asocian generalmente con el tamaño del trocar > 10 milímetros. Una hernia en los accesos de laparoscopia se es una complicación muy rara y se cree que ocurre entre un 2 por cien y un dos por mil procedimientos, aunque posiblemente la incidencia está infraestimada, pues se han visto hernias en accesos de 3 y 5 mm². Preventivamente, se recomienda que todos los accesos de 10 o más mm sean cerrados, incluyendo si es posible el peritoneo y el plano músculo-fascial.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso.

Presentación de un caso clínico de una paciente de 72 años , obesa con HUA post menopausica y biopsia de endometrio positiva para con cáncer de endometrio tipo carcinosarcoma, llevada a tratamiento quirúrgico en el Hospital universitario San Ignacio realizándose Histerectomía abdominal total + salpingo-ooforectomia bilateral+ linfadenectomia pélvica y para ortica+omentectomia infra cólica por laparoscopia. Cirugía si complicaciones. Reingresa a los 8 días del post operatorio por emesis y distensión abdominal. Se realizaron estudios imagenológicos que mostraron hernia de intestino delgado (íleon terminal) por el puerto de laparoscopia de 5mm a nivel de fosa iliaca izquierda. Fue llevada a resección intestinal y anastomosis con buena evolución clínica sin requerimiento de nuevas intervenciones.

RESULTADOS:

El avance de técnicas y equipos de laparoscopia ha hecho posible la cirugía mínimamente invasiva en un número de patologías que previamente requerían laparotomía. La hernia incisional secundaria a la laparoscopia es una complicación rara y su incidencia aumenta con el tamaño del trocar y esta oscila entre 0,16% y 2,8%, principalmente en la localización umbilical. Sin embargo, se ha descrito que la incidencia en puertos menores de 10 milímetros es 0,09 %



Varios factores han sido relacionados con su aparición tales diabetes mellitus no controlada, obesidad, duración de la cirugía, sitio de colocación del trocar, defectos preexistentes de las fascias y técnica de inserción del trocar y forma de retiro de los trocres. Existen medidas para prevenir esta complicación como son el uso de trocres de menor diámetro, evitar la manipulación extrema, introducción con una técnica de incisión en Z, retirar el gas abdominal lentamente, retiro bajo visualización directa e impedir la comunicación piel-fascia.

CONCLUSION

La hernia incisional secundaria a la laparoscopia es una complicación rara y su incidencia aumenta con el tamaño del trocres. Es básico, para prevenir estas complicaciones, el cierre musculo facial de todos los accesos de 10 o más mm.

PALABRAS CLAVES

- Hernia incisional, laparoscopia, complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yee DS, Duel BP. Omental herniation through a 3-mm umbilical trocar site. Omental herniation through a 3-mm umbilical trocar site. J Endourol. 2006 ;20:133-4.
2. Lam A, Khong SY, Bignardi T. Principles and strategies for dealing with complications in laparoscopy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2010;22(4):315-9. doi: 10.1097/GCO.0b013e32833bea41.
3. Holihan JL, Chen JS, Greenberg J, Hehir D, Johnston SM, Marcus D, Ryan H, Tsuda S, Liang MK. Incidence of port-site hernias: A survey and literature review. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2016;26(6):425-30.
4. Kössler-Ebs JB, Grummich K, Jensen K, Hättner FJ, Mäller-Stich B, Seiler CM, Knebel P, Bächler MW, Diener MK. Incisional hernia rates after laparoscopic or open abdominal surgery A systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2016 Oct;40(10):2319-30. doi: 10.1007/s00268-016-3520-3.
5. 10. Bailon-Cuadrado M, Rodriguez-Lopez M, Blanco-Alvarez JI, Rodriguez-Vielba PL. Incarcerated umbilical Littre's hernia at the trocar site of a previous laparoscopic surgical procedure. Ann R Coll Surg Engl. 2016;98(5):e82-3. doi: 10.1308/rcsann.2016.0133.



EMBARAZO DE 18 SEMANAS Y CÁNCER EPITELIAL MUCINOSO: REPORTE DE UN CASO

Autor: Quijano-Atencio T (tatianaquijanomd@gmail.com- 3108152299)

Institución: Hospital San José, Bogotá, Colombia

Introducción

Las masas anexiales se presentan en 4-8 por 100,000 embarazos, 1 % son malignas, comúnmente no epiteliales. El cáncer ovárico epitelial en pacientes embarazadas, rara entidad, eleva su frecuencia por la postergación de la maternidad, su manejo es un reto por la falta de casos y escasa literatura.

Paciente de 22 años, G1, embarazo 18 5/7 semanas, acude por dolor en hipogastrio. Se encuentra masa anexial compleja de 13 centímetros y marcadores tumorales elevados. En resonancia magnética se haya lesión expansiva soli-quística de 17 centímetros. En laparotomía exploratoria se encuentra masa abdomino-pélvica con histología epitelial mucinosa.

Nuestro objetivo es presentar el caso de una paciente embarazada con cáncer epitelial mucinoso y realizar la revisión del tema.

Materiales y Métodos

Se realizó una búsqueda en Pubmed ingresando las palabras claves; filtrando por textos completos, gratuitos y últimos cinco años, incluyendo reportes de casos y revisiones; excluyendo artículos que no diagnostiquen, traten o analicen pacientes embarazadas con cáncer de ovario, se revisan referencias cruzadas obteniendo 11 artículos. Se presenta caso de paciente con embarazo de 18 semanas de gestación y cáncer epitelial mucinoso.

Resultados

El diagnóstico del cáncer en pacientes embarazadas es difícil, los síntomas característicos del embarazo y el agrandamiento del útero crean distractores.

Los marcadores tumorales tienen valor limitado, el CA 125 se eleva. La proteína 4 humana epididimal no cambia durante el embarazo pudiendo tener utilidad en diagnóstico y manejo.

El ultrasonido es la herramienta preferida, por su alta sensibilidad y especificidad. A masas sugestivas de malignidad se realiza resonancia magnética, el uso de contraste y tomografía axial computarizada se desalienta.

El manejo del cáncer de ovario epitelial incluye estadiaje quirúrgico, cirugía de citoreducción y quimioterapia adyuvante, se recomienda tratar a la paciente embarazada de igual a la no embarazada. Se prefieren incisiones de línea media con adecuada exposición y mínima manipulación uterina, la laparoscopia es útil en casos seleccionados.

La quimioterapia adyuvante se realiza de acuerdo a guías de pacientes no embarazadas, con derivados de platinos y paclitaxel, administrados con mayor seguridad durante el segundo y tercer trimestre, suspendidos tres semanas antes del parto, para evitar mielosupresión fetal.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



El desenlace oncológico no es contundente, sin embargo presentan frecuentemente detecciones tempranas mejorando la supervivencia. Este aumenta las pérdidas fetales, la prematuridad y la restricción del crecimiento fetal. Sin embargo en cohortes del 2015 se reportan 81 % de recién nacidos vivos.

Conclusiones

Cáncer de ovario epitelial en el embarazo es poco común, ha aumentado en las últimas décadas, hay una franca carencia de información. Su diagnóstico, tratamiento quirúrgico y adyuvante debe realizarse igual a una paciente no embarazada. El abordaje quirúrgico y quimioterapia se recomiendan en el segundo y tercer trimestre, resultados oncológicos son parecidos a pacientes no embarazadas, dependen del estadio e histología del cáncer, resultados fetales son alentadores.

Palabras claves:

Ovarian Neoplasm, Epithelial Ovarian Cancer, pregnancy



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



GP-111

TUMOR DE OVARIO MIXTO CON COMPONENTE GERMINAL MALIGNO Y DE ESTROMA- CORDONES SEXUALES, NO CLASIFICADO: PRESENTACION DE UN CASO INUSUAL

AUTOR(ES): Sáenz-Salazar J (jasasalaz@hotmail.com, teléfono: 3136857270), Rodríguez-Castillo JL, Beltran MI, Medina M. Grupo de Ginecología Oncológica

Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá-Colombia

INTRODUCCION:

Es una neoplasia ovárica compuesta de células germinales y elementos de los cordones sexuales, en mujeres genéticamente y fenotípicamente normales sin la morfología de gonadoblastoma. En 1972, Talerman introdujo el término para estas neoplasias distintas al gonadoblastoma. El objetivo de este trabajo es reportar un caso inusual de una paciente de 14 años, con pubertad precoz que presentó este tumor.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 14 años de edad con historia de dolor abdominal. Evidencia ecográfica de masa abdominopelvica sólida con áreas de degeneración quística, diámetros 222 x 135 x 101 mm. Antecedente de pubertad precoz, menarca a los 8 años. Fenotípicamente sin alteraciones. Fue llevada a resección de tumor de ovario, salpingectomía, omentectomía total por laparotomía. En cirugía evidencian tumor de ovario derecho, de predominio sólido, superficie lisa, multilobulado. Peso 2460 gramos, tamaño 24 x 18 x 11 cm. No se palpan adenomegalias pélvicas ni paraaórticas. Cavidad pélvica sin compromiso metastásico.

El reporte histológico evidencia tumor mixto de ovario con componente germinal maligno y de estroma- cordones sexuales no clasificado: tumor de seno endodérmico y disgerminoma (70%) y tumor de cordones sexuales con túbulos anulares (30%). La inmunohistoquímica es Positiva en componente de seno endodérmico: AFP, Oct3-4, Sall4, PLAP, Cd117. En componente de cordones sexuales: Inhibina, Ck, Calretinina. Negativos: Sinaptofisina, Cromogranina. Se clasifica estadio IA. Previo a resección tumoral niveles de Alfafetoproteína > 1000 ui/ml (vr: niños de 91 días a 18 años: menor a 9.96 ui/ml), LDH 15312 u/l, Bhcg positiva (vr: 0 a 5.0). A la semana décima posquirúrgica Alfafetoproteína: 2.1, LDH:459 u/l, Bhcg <1.0 mui/ml (vr: 0 a 5.0). Recibe quimioterapia adyuvante con esquema Bleomicina-Etopósido-Cisplatino por 3 ciclos. Un año posterior a la resección quirúrgica en periodo libre de enfermedad.

DISCUSION:

Esta es una neoplasia infrecuente reportada en la literatura. Aproximadamente el 10% de estos tumores tienen componentes malignos de células germinales en comparación al 60% de los gonadoblastomas. Se diferencia del gonadoblastoma en su apariencia macroscópica, patrón histológico, ausencia de cambios regresivos y ocurrencia en gónadas normales de mujeres fenotípicas y genéticamente normales. La presentación incluye dolor abdominal, sangrado uterino anormal, ascitis y masas abdominales y pélvicas. Los periodos libres de enfermedad varían de 1 a 15 años, y solo tres casos informaron recurrencia o metástasis.



Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología- FECOLSOG

Filial de FIGO y FLASOG

Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología - ASBOG

Filial de FECOLSOG
FIGO – FLASOG -



Son causa menos frecuente de precocidad sexual en las niñas, pero debe tenerse como diagnóstico diferencial en la etiología de esta. El pronóstico es favorable.

CONCLUSIONES:

Esta es una neoplasia muy rara, siendo el pilar de manejo la resección de la gónada que contiene el tumor y la conservación de la gónada contra lateral que es normal. Debe considerarse en el diagnóstico diferencial de una niña con una masa abdominal y pubertad precoz.

PALABRAS CLAVE: Ovario, germinal, estroma, cordones sexuales.