

Vol 7. Año 12. N° 2 // Agosto 2018

ISSN 1851-250X

**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA
(A.A.C.O.G)**



**Asociación Argentina
de Controversias en
Obstetricia y Ginecología**

(A.A.C.O.G)-Asociación Civil

**Revista de la Asociación Argentina
de Controversias en Obstetricia y Ginecología
(A.A.C.O.G) - Asociación Civil**

vol 7 año 12 nº 2 // Agosto 2018

Comisión Directiva 2015-2017

Presidente	Dra. Claudia Andrea Gonzalez
Vicepresidente	Dra. Claudia Roxana Scalise
Secretario	Dra. Nidia López
Prosecretario	Dra. Silvana Arena
Tesorero	Dr. Martín Rotella
Protesorero	Dra. Verónica Paula Iuliano
Secretario de Actas	Dra. Verónica Mendez

Vocales Titulares

Dra. Susana Moggia
Dra. Elida Rodriguez
Dra. Laura Maffei
Dr. Ignacio Perez Tomasone
Dra. Alejandra Belardo
Dr. Jorge Bustos

Vocales Suplentes

Dr. Alejandro Ariel Hakim
Dra. Silvia Orenstein
Dra. Ángela Gómez
Dra. Delfina Tatti
Dra. Ursula Tevez
Dra. Marta Tutzer

Revisor de Cuentas Titular Dra. Victoria Fazio

Revisor de Cuentas Suplente Dra. Clara Gómez Lisarrague

**Comisión de Relaciones
Institucionales** Dr. Héctor Pedro Couto
Dr. Damián Serrano
Dra. Graciela Scagliotti

Comisión de Página Web Lic. Claudia Viviana Negri
Dra. Paola Alejandra Mendiola
Lic. Luciana Gava

A.A.C.O.G NO SE RESPONSABILIZA POR LAS OPINIONES VERTIDAS DE LOS AUTORES

Todos los derechos para A.A.C.O.G.

Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.

Email: info@aacog.org.ar

Web: www.aacog.org.ar

ASOCIACION ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Personería jurídica: I.G.J. 569 del 30 de Julio de 2007

DIR.: Monroe 2681- Capital Federal (1428) Buenos Aires, Argentina

Te l: 4543-0759



Resúmenes de Trabajos de Ginecología

presentados en el

**10º Congreso Internacional
12º Congreso Argentino
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

29 y 30 de Agosto de 2018

	Título Poster	Autores	Institución
1	16 Casos de Carcinoma Cervical Escamoso Invasor en Mujeres Menores a 3	Dres. M. Demonte, G. Antico; V. Vargas Leytón; G. Alonso	Hospital General De Agudos Dalmacio Velez Sarfield
2	Reporte de 7 casos de Cáncer de Mama Masculino. Tres de Presentación	Dres. Marina Demonte, Verónica Vargas Leytón, Adriana Serchenko, Marta Carini, Paola Ansotegui, Graciela Alonso, Florencia Modarelli.	Hospital General De Agudos Dalmacio Velez Sarfield
3	Tamaño Tumoral como Factor Pronóstico en Estadio IIB y IIIB	Alejandro Soderini; Alejandro Aragona; Rosa Garrido; Evangelina Bonavia; Martin Mendez; Agustin Quintaie	Hospital Oncológico Marie Curie (H.O.M.C)
4	Prevalencia de Disfunción Sexual Femenina	Cibeira, L; Garcia, AD; Gimenez, DA; Raya, SM; Kunzi, G; Vittulo, MC; Abrile, J; Grassi, P; Orenstein, S	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
5	Compromiso Ganglionar Axilar en Pacientes con Carcinoma Ductal Invasor	Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Mendoza, Mercedes, Sgarzini, Celeste; Ostrowsky, Carlos; Scursioni, Alejandra	Hospital Iriarte De Quilmes
6	Carcinoma Seroso Papilar Invasor Primario de Trompa Uterina Estadio FIGO 2014 I C3: A propósito de un caso. Revisión de la Literatura.	Dras. Marina Demonte, Graciela Alonso, Gimena Antico, Verónica Vargas Leyton, Paola Ansotegui, Pascali Ana, Cristián Gutierrez (CT).	
7	Aplicación de los Criterios de Sedlis en las Piezas de Histerectomías	Martin M. Burke M. Allende N. Fuleston R. Kunzi G.	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
8	Evaluacion de la respuesta post quimioterapia neoadyuvante en Cancer de Mama localmente avanzado segun inmunoistoquimica	Ramirez Picollo, C, Holub, P, Allende, N, Bravo, C, Fuleston, R, Kunzi, G.	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
9	Torsión tubaria aislada.	Stolfa, Nicolás. García Posleman, Julieta. Francica, Carolina. Fuentes, María Eugenia. Siufi, Carolina.	Hospital General De Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield
10	Tuberculosis genital	Novick, F. Seilicovich, Y. Ansotegui, P. Modarelli, F. Salinas, J. Vargas, V. Stolfa, N. Siufi, C.	Hospital General De Agudos Dalmacio Velez Sarfield
11	Tumor Phyllodes maligno - a propósito de un caso.	Gómez Vara, V; Illescas, M.; Silva, S; Solucci, C; Recaman, N; Schiavi, C; Newman, M.	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"

	Título Poster	Autores	Institución
12	Nuestra experiencia en cancer de mama en mujeres jóvenes	Rusman, M; Casas, M; Bistrisky, D; Olivares, G; Silva, S; Solucci, C; Newman, M.	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
13	Incontinencia de Orina de esfuerzo - Nuestra Experiencia	Baquerizo ,N; Villafañe, B; Corazza, M; Justo, M; Filippo, H; Newman, M.	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
14	Hábitos - Preferencias y Bienestar Sexual	Solucci C.,Silva S., Santarella C., Baquerizo N., Newman M.,	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
15	Prevalencia del Orgasmo en Nuestra Muestra	Solucci C., Silva S., Santarella C., Baquerizo N., Fanego C., Recaman N., Schiavi C., Olivares G.	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
16	Cilindroma mamario en contexto de síndrome Brooke-Spiegler. Presentación de un Caso Clínico	Costa M, Temple C, Carrasco M, Sanchotena V, Maltagliatti D, Acosta Haab G, Leguina L, Flaks D, Arias C	Hospital Oncológico Marie Curie (H.O.M.C)
17	Embarazo y Cancer de cuello uterino a proposito de un caso	Cara V., Jara Valdez L., Barbieri F., Souza A., Reyes C., Gómez L.	Hospital Parmenio Piñero
18	GIST: Reporte de un caso	Bocelo ,F; Carrara ,J ; Fenoglio, S; Grimoldi, S; Mendiola, P Y Scavuzzo, F	Htal. Azul
19	Diferencias entre Valores de GLAE en Pacientes con SOP según Índice de Masa Corporal	E. Lamas Majek; G. Fernandez; G. Blanco; S. Di Lella; V. Straminsky; C. Onetto; B. Perez Lana; M. Yarade; S. Leiderman	Hospital De Clínicas "José De San Martín",

16 Casos de Carcinoma Cervical Escamoso Invasor en Mujeres Menores a 35 años.

Hospital Dalmacio. Vélez Sarsfield. Servicio de Ginecología. Sección Ginecología Oncológica.

Autores: Dres. M. Demonte, G. Antico; V. Vargas Leytón; G. Alonso

Introducción y objetivos

El carcinoma cervical (CC) uterino es la segunda causa de muerte femenina en países en vías de desarrollo. Tiene un pico de incidencia entre la cuarta y quinta década de la vida. Sin embargo la infección temprana por HPV estaría adelantando la aparición del carcinoma invasor en una década. **Objetivos:** Exponer 16 casos de CC escamoso invasor en menores de 35 años diagnosticados en nuestro Servicio. Se hará una evaluación de las características epidemiológicas y clínicas.

Material y métodos

Retrospectivo descriptivo analítico transversal. Se realizó la revisión de historias clínicas, fichas de Ginecología Oncológica, libros y base de datos informática de Anatomía Patológica de todas las pacientes con diagnóstico por biopsia de carcinoma cervical invasor en un período comprendido entre abril de 2015 a febrero de 2018. **Criterios de inclusión:** pacientes < de 35 años con diagnóstico de cáncer cervical escamoso, estadios FIGO IA1 – IVB. **Criterios de exclusión:** pacientes >/= a 35 años, variedad no escamoso, carcinoma in Situ, estadificación FIGO incompleta. **Variables (V):** edad, paridad, IRS, ITS, NPS, MAC (método anticonceptivo), tabaquismo (TBQ) , motivo de consulta (MC), inmunodeficiencias, número de gestaciones (Nº G), edad de primer gestación (EPG), estadio FIGO, tratamiento.

Resultados

De un total de 25 pacientes con CC Escamoso,16 fueron < de 35 años, constituyendo un 60%.

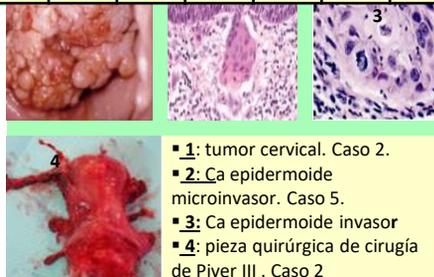
Rango etario: 18-34 años. Mediana edad: 30. Edad promedio:24,9. Edad promedio de IRS: 15,4.El 80% IRS antes de los 17 años. Promedio NPS: 4,7. Ninguna presentó antecedentes de ITS. Rango de gestaciones: 1-8, promedio de 4,4. El 40% había tenido >/= de 4 partos vaginales. Seis pacientes presentaron embarazos entre 14- 36 meses previos al diagnóstico de cáncer cervical.

MAC:13,3% ACO, 46,6 % ninguno, 33,3% preservativo masculino y el 6,6 % DIU. Sólo dos eran fumadoras (13,3%). Una adicta a cocaína y paco (6,6 %). Sólo una fue HIV+ (SIDA) (6,6%) **MC** (principal): 4:1º control ginecológico(26,6%), 4: sinusorragia (26,6%), 1 : control del embarazo (6,6%) , 5 : ginecorragia (33,3%) y una por control de DIU (6;6%). Trece se diagnosticaron en estadios no quirúrgicos (86,6%). Diez (66,6 %) realizaron quimio-radio concurrencia (QTRT) con CDDP semanal a 40 mg/m²/día junto con la radioterapia externa. Posteriormente realizaron braquiterapia de alta tasa de dosis. El rango de duración del tratamiento fue 56- 90 días con un promedio de duración de 64,9 días. El 100% recibió mas de 8000 CGy en el punto A; rango de dosis 8100-8540 cGy. Dos (13,33%) fueron operadas. Tres realizaron tratamiento paliativo (20%). El 100% era de bajo nivel socio económico cultural. Tres fallecieron dentro de los dos meses del diagnóstico (20%).

V	1	2	3	4	5	6 HIV+	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Edad	18	25	26	27	28	28	29	30	30	30	30	30	31	32	33	34
IRS	15	10 *	14	17	15	16	17	15	16	14	14	19	14	22	16	15
NPS	2	4	20	10	5	4	4	4	5	2	3	2	3	2	4	1
NG	1	6	4	3	7	4	1	8	8	2	7	3	7	0	5	2
Partos AB EPG	1 0 17	6 0 15	2 2 15	3 0 18	5 1 18	1 1 16	0 1 27	6 1 17	6 1 16	2 0 17	7 0 18	3 0 20	1 5 18	0 0 17	4 0 19	1 0 16
E FIGO	II B	IB1	IB2 7cm	IV B Hueso GI. Ingui- nales y pul- món.	IA1	IV B Hueso GI. Ingui- nales	IIA2 6 cm	IB2 8 cm	IB2 7cm	III B 9cm	III B	III B Uro	III B 10 cm Uro	IV B Gl. Ingui- nales y pul- món.	III B	II B 10 cm
Tto	QT RT	Pi- ver III	QT RT	Pa- lia- tivo PS4	Pi- ve r I	Pa- - lia- ti- vo PS	QT RT	QT RT	QT RT	QT RT	QT RT	QT RT NPTC PREVA	QT RT	Pa- lia- tivo PS 4	Cesa- rea 34 sem. QT RT	QT RT

Conclusión

Los factores de riesgo más relevantes para desarrollar cáncer cervical invasor a edad </= a 35 años fueron: IRS antes de los 17 años, NPS >/= 4,6 y edad al primer embarazo </= a 18 años. Consideramos el screening cervical en pacientes < de 25 años con factores epidemiológicos de riesgo. Así mismo recomendamos el estudio del tracto genital inferior en toda embarazada ya que es, en ocasiones, la única oportunidad en que las mujeres de bajos recursos socio económicos culturales acuden al sistema sanitario.



- 1: tumor cervical. Caso 2.
- 2: Ca epidermoide microinvasor. Caso 5.
- 3: Ca epidermoide invasor
- 4: pieza quirúrgica de cirugía de Piver III . Caso 2

Reporte de 7 casos de Cáncer de Mama Masculino. Tres de ellos de Tipo Papilar (Bilateral Metacrónico, Triple Negativo y Tipo Papilar).

Servicio de Ginecología. Sección Patología Mamaria. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield.

Autores: Dres. Marina Demonte, Verónica Vargas Leytón, Adriana Serchenko, Marta Carini, Paola Ansotegui, Graciela Alonso, Florencia Modarelli.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de mama masculino (CMM) es una entidad rara, representa menos del 1% de todos los cánceres del varón. Se diagnóstica una década posterior al femenino; entre los 60 a 65 años. Se manifiestan clínicamente como nódulo palpable, generalmente retroareolar, con o sin derrame por pezón. Son frecuentes las adenopatías axilares. La variante histológica más frecuente es la Ductal Infiltrante tipo NOS (la lobulillar es excepcional). Aproximadamente el 80% presentan receptores hormonales positivos. El tratamiento quirúrgico incluye la mastectomía radical modificada. La adyuvancia no se diferencia del carcinoma mamario femenino.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia respecto al cáncer de mama masculino diagnosticado y tratado en la Sección de Patología Mamaria de nuestro Servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

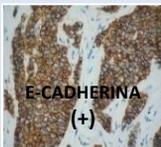
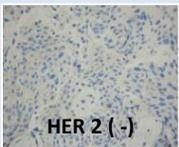
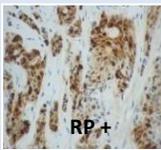
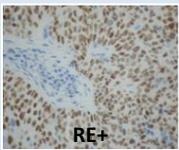
Estudio retrospectivo descriptivo transversal. Se realizó la revisión de las historias clínicas y fichas de la Sección de Patología Mamaria de todos los pacientes masculinos que consultaron al Servicio de Ginecología; en un período comprendido entre enero de 2007 a enero de 2013. Se incluyeron sólo los que tenían diagnóstico histológico de carcinoma mamario.

Variables estudiadas: edad, motivo de consulta (MC), antecedentes patológicos, examen mamario, estadificación, mamografía (MX), Cirugía, Anatomía patológica (AP), adyuvancia, y el seguimiento en meses.

RESULTADOS

De un total de 38 pacientes masculinos con patología mamaria 7 presentaron carcinoma mamario (18,4%). Rango etario: 58-87 años. Edad media: 70 años. Edad mediana 71 años. El 100% consultó por nódulo mamario palpable. 5 casos no tienen ningún antecedente (71,4 %), 1 presentó antecedente de mastectomía contralateral (14,3%), uno antecedente de cirugía prostática (14,3%). Se presentaron con T2 6 casos (85,7%) y con T1 1 caso (14,3%). Axila + (pN1): 2 casos (28,5%). Axila negativa (pN0): 5 casos (71,5%). Estadio II A: 3 casos (42,8%), II B: 2 casos (28,6%), I: 2 casos (28,6%). 5 realizaron tratamiento sólo con tamoxifeno (71,4 %), 1 realizó tratamiento con tamoxifeno + radioterapia (14,3%), 1 sólo quimioterapia y radioterapia (14,3%) Rango de seguimiento (meses): 12- 66. Media seguimiento (meses): 37,6. Mediana seguimiento (meses): 36. En el tipo papilar reportamos pérdida de seguimiento. Sólo 2 presentaron recaída: uno locorregional y otro a distancia (pulmón).

Fotos del caso Carcinoma Papilar

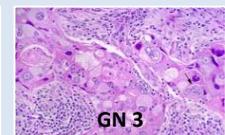


Triple Negativo 58 años.	Bilateral Metacrónico 87 años.	Carcinoma Papilar Sólido 71 años
MC: nódulo palpable H9 MD. Antecedentes: no	MC: nódulo palpable subareolar MD. Antecedentes: Madded MI a los 78 años (*)	MC: nódulo palpable en región periareolar MI. Antecedentes: no
Exámen: MD Tumor de 2,5 cm duro elástico irregular. Axila Derecha: adenopatías móviles. HSC y HIC negativos.	Exámen: Mama izquierda: ausente (mactectomizada), con radiodermatitis. Axila negativa. HSC y HIC: negativos. Mama derecha: tumor de 5 cm, subareolar, irregular, duro pétreo, móvil. Sin retracción de piel. Pezón umbilicado. Axila Derecha: adenopatías móviles. HSC y HIC negativos.	Exámen: MI nódulo móvil duro no adherido a planos profundos. Piel sp/ CAP sp/. Axila negativa. HSC y HIC negativos.
T2N1MX. E. II B	T2N1 Mx. E II B.	T1N0 Mx. E I.
Mamografía: nódulo BIRADS 5.	Mamografía: nódulo BIRADS 5.	Mamografía: imagen de bordes irregulares con aisladas microcalcificaciones. ECO mamaria: a nivel periareolar se observa una formación sólida irregular heterogénea de 2,17x2,41x2,11cm, con axila libre
Cirugía de Madden AP: Carcinoma ductal infiltrante NOS de 3 x 2 cm GH 3, GN 3. 5/6 ganglios linfáticos positivos. RP(+), RE (+), HER 2 (-).	Cirugía de Madden con exploración axilar (por alto riesgo cardiológico, requirió marcapasos intraoperatorio). AP: Carcinoma ductal invasor NOS. GH2. de 3x 2cm, dista de la fascia profunda 0,3 cm. Focos de necrosis y CDS. 4/8 ganglios linfáticos con metástasis. RE 80%, RP 70%. HER 2 negativo.	Cirugía de Madden AP: Proliferación celular atípica de estirpe epitelial que adopta un patrón de crecimiento papilar sólido e invade el estroma en forma de trabéculas y cordones simulando "filas indias" RE 80% RP 90% HER 2 (-) E-Cadherina (+). 10/10 ganglios negativos.
ADYUVANCIA: AC 4 ciclos. Radioterapia dosis total 50 Gy en lecho de mastectomía y 50 Gy en vértice axilar supraclavicular y mamaria interna.	ADYUVANCIA: Por cardiopatía severa cardiología contraindica quimioterapia. Realiza radioterapia en volumen mamario y axilar y hormonoterapia con tamoxifeno 20 mg/día.	ADYUVANCIA: Tamoxifeno 20 mg.
SEGUIMIENTO: 24 meses sin persistencias ni recurrencias.	SEGUIMIENTO: 40 meses sin persistencias ni recurrencias. Recae en axila y HSC derecho. Por decisión de oncólogo clínico no realiza quimioterapia, ni inhibidores de la aromatasa. Se mantiene con tamoxifeno 20 mg/día con enfermedad estable locorregional. Muere a los 92 años por neumopatía no oncológica, sin MTS a distancia	Pérdida de seguimiento.



(*) Cirugía de Madden MI a los 78 años.
AP: Carcinoma ductal infiltrante GH2. Ausencia de infiltración dérmica. No vaciamiento axilar. RH y HER 2 no informados. Adyuvancia con radioterapia 3 D en volumen mamario, cadena mamaria interna y axila. Por cardiopatía se contraindica QMT. 108 meses libres de enfermedad.

Fotos histológicas: CDI NOS



CONCLUSIÓN

Debido a la baja frecuencia de esta entidad no existen protocolos de screening, sin embargo la mayoría de las sociedades de oncología considera que en pacientes sin factores de riesgo para CMM, sería suficiente educar sobre el autoexamen mamario periódico y el examen mamario durante el chequeo anual. Quedando la mamografía reservada para aquellos con antecedentes familiares de cáncer de mama y mutación BRACA1/2, sobre todo cuando estos se asocian a mamas grandes.

Tamaño Tumoral: Factor Pronóstico Fundamental en Estadios IIB y IIIB del Cáncer Cervico-Uterino

Unidad de Ginecología Oncológica
Hospital Oncológico Marie Curie (H.O.M.C)



AUTORES: Alejandro Soderini; Alejandro Aragona; Rosa Garrido; Evangelina Bonavia; Martin Mendez; Agustín Quintaie

OBJETIVOS

Definir el rol del tamaño tumoral como factor pronóstico en estadios IIB y IIIB en mujeres con cáncer de cuello uterino y su impacto en la supervivencia libre de enfermedad y global (SLE) (SG).

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre pacientes con diagnóstico de CCU invasor en estadios FIGO IIB y IIIB (2009) admitidas entre enero/2007 y diciembre/2011 en el servicio de Ginecología del Hospital Oncológico María Curie.

Criterios de inclusión: confirmación histológica de CCU, estadificación clínica y determinación del tamaño tumoral (cm) efectuada por al menos dos ginecólogos oncólogos del servicio. Se incluyeron los casos según la "intención de tratar".

Criterios de exclusión: neoplasia concomitante, causa de muerte conocida sin relación con el CCU.

Se subdividieron según tamaño tumoral clínico en ≤ 2 , $>2-4$, $>4-6$, $>6-8$, $>8-10$ y >10 .

Se evaluaron SLE y SG (%) a 5 años. Las curvas fueron obtenidas por el método de Kaplan Meier. A fines de efectuar comparaciones entre los diferentes subgrupos se utilizó el método de log-rank test. Un valor de $P < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo en todos los casos. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 21.

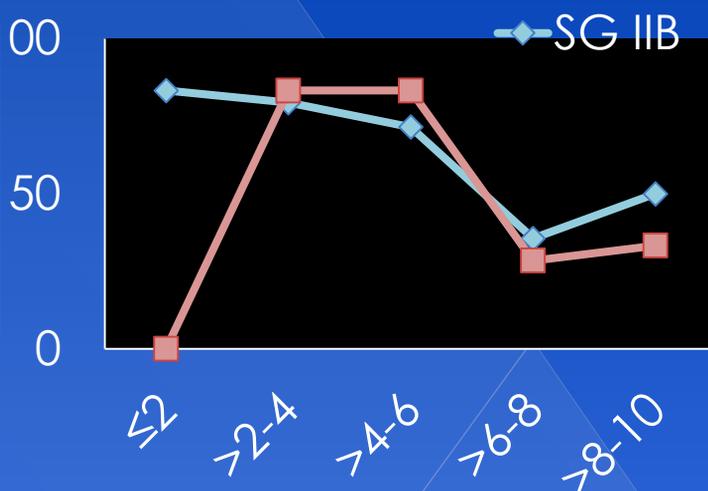
RESULTADOS

Mediana de edad: 45 (IIB) y 49 (IIIB) (rango: 18-81). **Media y mediana de seguimiento:** 35 y 38 meses respectivamente (rango: 0-60). Con un total de 450 que para el **Estadio IIB** se ingresaron 229 pacientes con SLE y SG de 58.5 y 64 respectivamente. En escaso de **Estadio IIIB**, el total fue de 221 pacientes con SLE y SG de 40 y 43 respectivamente. El valor de supervivencia por subgrupos según tamaño tumoral para cada uno de los estadios analizados se describe en la tabla 1.

Tamaño (cm)	IIB SLE/SG(<0,001/<0,001)	IIIB SLE/SG(<0,001/<0,001)
≤ 2	87,5/83,3	50/-
2-4	77,1/79,4	83,3/83,3
>4-6	65,1/71,5	58,3/57
>6-8	27,7/35,6	25/28,5
>8-10	25/50	16,7/33,3
>10	-	-

CONCLUSION

Las pacientes con CCU E IIB y IIIB presentan menor SG y SLE cuando el tamaño tumoral >6 cm-. Se debería reconsiderar la estadificación FIGO y evaluar la posibilidad de subclassificar estos estadios adecuando la elección del tratamiento.



OBJETIVO

Determinar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres que concurren por diversos motivos a un hospital de CABA. Evaluar si el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF) constituye una herramienta útil y simple de implementar en nuestro medio.

INTRODUCCION

La salud sexual es un factor clave en la vida de las personas y por lo tanto un marcador del bienestar general. Se estima que el 43% de las mujeres padecen por lo menos un problema sexual, siendo los más comunes los trastornos del deseo y de excitación. Según la Asociación Psiquiátrica Americana los trastornos pueden ser: 1) Del deseo; 2) De la excitación; 3) Falla orgásmica y 4) Dolor sexual. El DSM V y el CIE-10 agregan: lubricación y satisfacción. Rosen y cols, desarrollaron el IFSF, el cual es autoadministrado, simple y confiable para evaluar la función sexual femenina en un amplio rango de edad. El IFSF fue validado en Chile, debido a marcadores sociodemográficos similares entre las poblaciones, podría ser de utilidad en nuestro medio.

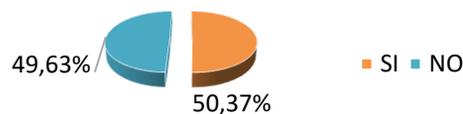
MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo transversal realizado entre Febrero y Julio de 2016. Se invitó a participar mujeres de 18 a 69 años, que concurren a un hospital de CABA, por diversos motivos. Se utilizó el cuestionario del IFSF, de forma anónima y autodirigida, previamente aprobada por el Comité de Docencia e Investigación del hospital. El mismo consta de 19 preguntas que se agrupan en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor; A mayor puntaje mayor satisfacción. El punto de corte para definir disfunción sexual es menor a 26,55 puntos. Se utilizó el Test de Chi cuadrado para evaluar diferencias significativas entre grupos. Criterios de inclusión: mujeres de 18 a 69 años que hubieran mantenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses y salud normal (definido por el National Center for Health Statistics como compatible con el desempeño de las actividades rutinarias). Exclusión: embarazadas, puérperas de menos de 6 m, mujeres con algún retraso madurativo que no comprendieran el cuestionario y mujeres con padecimientos psíquicos o físicos que les impida desarrollar su actividad sexual. Al analizar los datos que surgen de la aplicación del IFSF se determinan dos categorías: mujeres con y sin disfunción sexual.

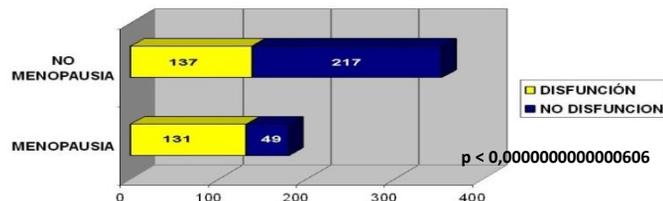
RESULTADOS

Se evaluaron 534 mujeres de un total de 617 encuestadas. Fueron no evaluables 83 (13,45%). Las variables analizadas fueron: edad, educación, pareja estable, MAC, menopausia y antecedente de cirugía ginecológica. Nuestros resultados arrojaron un porcentaje con disfunción sexual del 50,37%. Se encontraron diferencias significativas, de mayor disfunción sexual en mujeres menopáusicas, en mujeres con educación básica y en aquellas no usuarias de algún MAC. Es interesante destacar que en nuestra población las usuarias de algún método anticonceptivo tenían menor grado de disfunción que las que no lo utilizaban, demostrando algún grado de protección del método en la performance sexual.

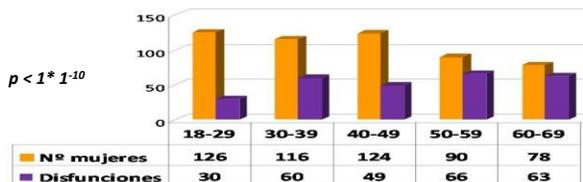
Disfunción Sexual



MENOPAUSIA Y DISFUNCIÓN SEXUAL



Disfunción según grupo etario



DISCUSION

La prevalencia de disfunción sexual fue mayor que en los trabajos internacionales publicados, dicha diferencia podría deberse a la inclusión de mujeres entre 60-69 en el porcentaje global. No se encontraron diferencias significativas en relación a tener o no pareja estable, pero solo el 15 % no la tenía. Tampoco encontramos diferencias en aquellas con antecedentes de cirugía ginecológica, probablemente debido al escaso numero de pacientes con este antecedente.

CONCLUSION

El IFSF resultó sencillo de aplicar en la población estudiada, por lo cual puede considerarse una herramienta para determinar la presencia de disfunciones sexuales en nuestro ámbito de trabajo, teniendo en cuenta que una de las mayores criticas que se le plantea al índice es que refleja pobremente el grado de distrés que la disfunción sexual le ocasiona a la mujer.

COMPROMISO GANGLIONAR AXILAR EN PACIENTES CON CARCINOMA DUCTAL INVASOR Y GANGLIO CENTINELA POSITIVO

Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Mendoza, Mercedes, Sgarzini, Celeste;

Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: En el 2011, la presentación del ACOSOG Z0011 , marcó un cambio de paradigma en el estudio de la axila. Dicho trabajo se basó en pacientes con cáncer de mama de bajo riesgo, en las cuales se podía evitar la disección axilar, aunque presentaran hasta 1-2 ganglios centinelas (GC) con macrometástasis. Si bien Giuliano y colab. informaron que hasta un 27,4% de los ganglios no centinelas pueden estar comprometidos, las recurrencias axilares a 5 años no superan el 1%. Aunque la mayoría de los Mastólogos acepta no disecar axila cuando se tiene hasta una micrometástasis, no ocurre lo mismo en presencia de GC con macrometástasis.

OBJETIVO: Evaluar el compromiso axilar en pacientes con estadio clínico T1-2, N0, que presentan en la biopsia intraoperatoria GC(+).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 51 pacientes tratadas en nuestro hospital por cáncer de mama entre 06-2007 y 06-2016 inclusive, a quienes se les efectuó técnica del GC solo con azul patente. Del total, 15 casos presentaron carcinoma ductal infiltrante con GC(+) motivo por el cual se realizó en ellos vaciamiento axilar (VA).

RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes fue 57 años (r:43-85 a.). El resto de las variables se expresan en el cuadro siguiente.

CASO	N° GC hallados en Cirugía	N° de GC(+)	Tamaño tumoral	N° y % de G no C (+) en VA
1	1	1	4 x 4x 2 cm	8/14 (57%)
2	1	1	2 x 1,5 x 1,5 cm	0/8
3	2	2	1 x 1 x 1 cm	0/22
4	4	1	1,5 x 1,5 x 1 cm	0/6
5	3	2	1,7 x 1 x 1 cm	1/17 (5,8%)
6	1	1	1,5 x 1,3 x 1 cm	3/4 (75%)
7	1	1	2,5 x 1,5 x 1 cm	0/12
8	1	1	2,6 cm	1/10 (10%)
9	4	4	2,5 cm	3/13 (23%)
10	3	1	1,7x 1,4 x 1,3cm	0/13
11	4	4	3,5 cm	4/9 (44%)
12	1	1	1,5 cm	1/12 (8,3%)
13	1	1	2,5 cm	2/6 (33%)
14	1	1	2,3 cm	0/8
15	1	1	2,5 cm	0/7

Carcinoma Seroso Papilar Invasor Primario de Trompa Uterina Estadio FIGO 2014 I C3: A propósito de un caso. Revisión de la Literatura.

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Sección Ginecología Oncológica.

Autores: Dras. Marina Demonte, Graciela Alonso, Gimena Antico, Verónica Vargas Leyton, Paola Ansoategui, Pascali Ana, Cristián Gutierrez (CT).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El carcinoma de las trompas de Falopio es responsable del 0,3 % de todos los cánceres genitales femeninos. En sus características histológicas, clínicas, estadificación y tratamiento es similar al cáncer epitelial de ovario. Se presenta entre los 55 y 60 años de edad. Presenta una tríada semiológica constituida por abundante flujo vaginal acuoso/ sangrado uterino anómalo, algias pélvicas y masa pélvica. El 15 % de los casos es asintomático. Frecuentemente se diagnostica en estadios tempranos, lo que explicaría el mejor pronóstico de éstos con respecto a los carcinomas epiteliales del ovario.

Objetivos: presentar un caso clínico de Carcinoma Seroso Papilar Invasor Primario de Trompa de Falopio y revisión bibliográfica.

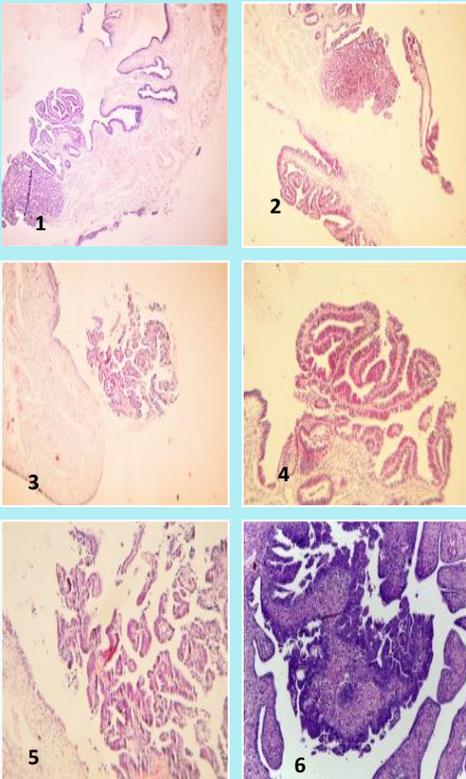
MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 63 años de edad que fue intervenida quirúrgicamente en otro centro por presentar blastoma anexial bilateral. Según el informe de Anatomía Patológica de esa institución se halló: en el ovario derecho cistoadenoma seroso con ovario remanente de tipo atrófico con trompa uterina sin particularidades, y en la **trompa izquierda adenocarcinoma seroso papilar infiltrante en las fimbrias tubarias**, siendo el ovario involutivo. Concurrió a la Sección de Ginecología Oncológica del Servicio de Ginecología del HGADVS para realizar tratamiento.

Exámen pelviano, mamario y palpación de territorios ganglionares: sin particularidades.

Se solicitó revisión de preparados histológicos, estudios prequirúrgicos, mamografía, ecografía mamaria bilateral con prolongación axilar, PAP, colposcopia, CA 125, CA 19-9, CEA, tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, VEDA y VCC.

Imágenes histológicas de la pieza operatoria.



RESULTADOS

PAP: negativo para células neoplásicas. Atrófico.

Colposcopia: adecuada, ZT 3, mucosa atrófica. Mamografía y eco mamaria: BR 2. CA 125: 10 UI/ml. CA 19,9: 5 UI/ml. CEA: 2 ng/ml.

TAC tórax, abdomen y pelvis: sp/. VEDA sp/. VCC hasta ciego sp/.

La revisión de preparados histológicos informó: Carcinoma Seroso Papilar invasor a nivel de las fimbrias de trompa izquierda.

En condiciones óptimas prequirúrgicas se realizó **cirugía estadificadora de FIGO** (a los 3 meses de la primer intervención): **Toma de muestras para citológico de lavado de cavidad abdominopelvis + histerectomía total + omentectomía + 20 biopsias peritoneales + biopsias de adherencias pélvicas + linfadenectomía pelvis y lumboaórtica. No se evidenció enfermedad macroscópica.**

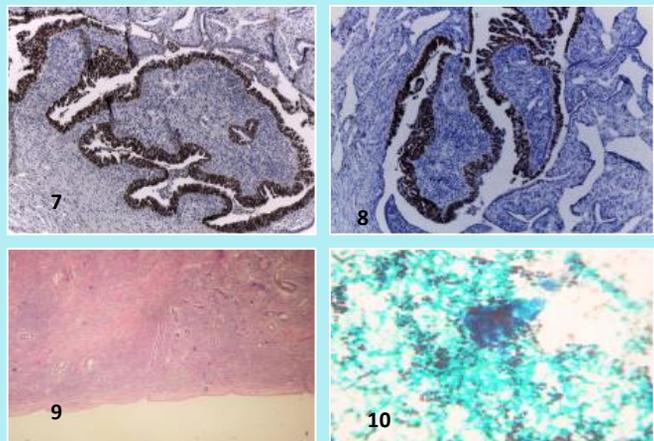
Anatomía patológica de la pieza quirúrgica: Pieza de Histerectomía Total que presenta endometrio atrófico y exoendocervicitis crónica quística metaplásica. Epiplón > con vasos congestivos. Sin infiltración neoplásica. Un ganglio linfático con sustitución adiposa. Linfadenectomía pelvis: 15 ganglios libres de neoplasia. Linfadenectomía lumboaórtica: 17 ganglios libres de neoplasia. Biopsias de peritoneo pelvis y abdominal (20) sin infiltración neoplásica. Adherencias: libres de infiltración neoplásica.

Líquido de lavado: citología Atípica +.

Estadio FIGO 2014 I C3.

Realizó adyuvancia: **5 ciclos de carboplatino / paclitaxel** por presentar toxicidad gastrointestinal severa.

Con un seguimiento de 24 meses se encuentra libre de enfermedad locorregional y a distancia.



Fotos histológicas:

- 1 y 2: 4x y 10x. HE - Transición entre epitelio de revestimiento tubario normal, carcinoma seroso papilar in situ y micro foco invasor.
- 3: 4x. HE . Proliferación papilar atípica.
- 4 y 5: 10X HE . Proliferación papilar atípica.
- 6 : 40X HE. Frondas papilares atípicas.
- 7: 40x IHC p53 (+) Carcinoma Tubario intraepitelial seroso.
- 8: 10x IHC. Ki 67 (+) Carcinoma Tubario intraepitelial seroso, alto índice de proliferación.
- 9: 4X HE. Útero con endometrio normotípico.
- 10: 40X PAP. Líquido peritoneal positivo para células neoplásicas

CONCLUSIÓN

Actualmente datos moleculares y genéticos sugieren que los carcinomas serosos papilares de ovario de tipo 2 (de mal pronóstico) se originan en un carcinoma tubario. Las mujeres con mutaciones de línea germinal en BRACA 1 y 2 presentan riesgo elevado de desarrollar cáncer de trompa de Falopio. Casi todos los carcinomas tubarios son de origen epitelial, siendo en un 90 % de histología serosa. Para considerar un carcinoma primario de trompa de Falopio, el tumor debe estar localizado macroscópicamente dentro de la misma y el útero y el ovario no deberían contener tumor, o de existir debería ser claramente distinto. Si bien no contamos con la macroscopía de la trompa, ni el útero ni lo ovarios presentaban formaciones neoplásicas. Además se observa en el tumor alto índice de proliferación (KI 67 +) y expresión de p53. Actualmente debe considerarse la salpingectomía bilateral en mujeres sometidas a ooforectomías, histerectomías y en aquellas que presenten riesgo familiar aumentado para cáncer de ovario. Consideramos que la infrecuencia de esta patología y su relevancia en la carcinogénesis del cáncer epitelial ovárico tipo 2 justifican la presentación del caso.

APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SEDLIS EN LAS PIEZAS DE HISTERECTOMIAS RADICALES EN PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO E1B1.

División Ginecología Hospital General de Agudos

J. M. Ramos Mejía Buenos Aires.



Autores: Martín M. Burke M. Allende N. Fuleston R. Kunzi G.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es la tercera causa de muerte por cáncer entre las mujeres en todo el mundo. Incidencia 1-50 casos por cada 100000 mujeres. En los países en desarrollo representa hasta un 25% de las neoplasias.

En la Argentina se diagnostican alrededor de 5.000 casos nuevos por año y mueren 1.800 mujeres.

La QMT-RT concurrente más braquiterapia postoperatoria es recomendada (grado de recomendación A1) en pacientes consideradas de alto riesgo por presentar uno de los siguientes factores: Ganglios positivos-Parametrios positivos - Márgenes comprometidos.

Se consideran pacientes de riesgo intermedio aquellos que cumplen 2 de los siguientes 3 criterios (grado de recomendación B1) (comúnmente denominados criterios de Sedlis): Invasión mayor a 1/3 del estroma -ILV presente - Diámetro tumoral mayor a 4 cm.

En el GOG 92 se evaluó la radioterapia pelviana adyuvante vs control en pacientes estadio IB de riesgo intermedio luego de cirugía (excluyendo las pacientes de alto riesgo con ganglios positivos o márgenes comprometidos) A 2 años de seguimiento la tasa de pacientes libres de enfermedad en el grupo radioterapia fue de 88% vs. 79% en el grupo control.

OBJETIVO

Evaluar la factibilidad de aplicar los criterios de Sedlis en las piezas de histerectomías radicales en pacientes con cáncer de cuello uterino E1B1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de carcinoma de cuello uterino en estadio 1B1 sometidas a tratamiento quirúrgico (Op. De Wertheim Meigs) en el servicio de Ginecología del Hospital Ramos Mejía durante un periodo desde 2004-2018 con posterior análisis de historias clínicas y anatomía patológica.

Se analizaron diferentes variables en la anatomía patológica como la estirpe tumoral, tamaño tumoral, evaluación parametrial, evaluación del margen vaginal, estado de ganglios linfáticos, estado de los márgenes de resección a nivel parametrial y vaginal. invasión linfovascular, profundidad de invasión miocervical.

De acuerdo a estos parámetros se las clasificó en dos grupos: pacientes con alto riesgo y con riesgo intermedio.

Título: Pacientes con GL negativos, parametrios negativos y márgenes quirúrgicos negativos

RESULTADOS

Durante el período analizado 2004-2018, 34 pacientes fueron diagnosticadas con cáncer de cuello de útero en estadio 1B1. Del total de pacientes, 2 eran adenocarcinoma. 3 pacientes se excluyeron del trabajo por no tener datos suficientes en el informe de anatomía patológica.

De las 29 pacientes evaluables (de estirpe pavimentoso), 17(17/29) cumplían los criterios de alto riesgo y fueron derivadas a QMT-RT adyuvante. De las 12 pacientes restantes 7 (7/12) cumplían criterios de Sedlis anatomopatológicos.

Paciente	C. de Sedlis	ILV	TT	INV. ESTROMAL
1	Si	+	≥4	No
2	Si	-	≥2	Middle 1/3
3	Si	-	≥2	Middle 1/3
4	Si	+	≥2	Deep 1/3
5	Si	-	≥2	Middle 1/3
6	Si	+	≥2	Middle 1/3
7	Si	-	≥4	Middle 1/3
8	No	-	Any	Middle1/3
9	No	-	Any	Middle 1/3
10	No	+	≥2	No
11	No	-	Any	No
12	No	-	Any	Middle 1/3

CONCLUSIÓN

Es factible la utilización de los criterios de Sedlis en nuestro medio. Existiendo un pool de pacientes de riesgo intermedio que se beneficiarían con radioterapia adyuvante lo que contribuiría a mejorar su sobrevida global.

Evaluación de la respuesta postquimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado según inmunohistoquímica



Servicio de Ginecología del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía
Buenos Aires



AUTORES: Ramirez Picollo, C, Holub, P, Allende, N, Bravo, C, Fuleston, R, Kunzi, G.

OBJETIVO

Evaluar respuesta a la quimioterapia neoadyuvante mediante tasa de respuesta patológica según subtipo molecular en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama localmente avanzado (CMLA).

INTRODUCCIÓN

El CMLA comprende un grupo heterogéneo de tumores cuyos escenarios clínicos involucran tumores mayores de 5 cm (T3), compromiso de la piel o pared torácica (T4), con o sin compromiso ganglionar y sin evidencia de enfermedad a distancia. Se incluyen dentro de este grupo los estadios IIB, IIIA, IIIB y IIIC de acuerdo a clasificación TNM. Teniendo en cuenta la biología molecular del CMLA y a estudios de neoadyuvancia se ha constatado que no todos los tumores responden en igual medida a la quimioterapia. Destacándose al subtipo triple negativo y HER-2 puro, como los principales fenotipos con mayor respuesta patológica.

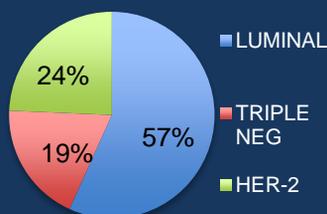
RESULTADOS

De 245 pacientes con cáncer de mama de reciente diagnóstico, 37 casos (15,1%) correspondieron a CMLA, las cuales realizaron neoadyuvancia. El 56,7 % (21/37) de los tumores expresaron RE y P, 18,9 % (7/37) tumores triple negativos y 24,3 % (9/37) HER-2. 3/37 (8,1%) presentaron RC (ypT0 ypN0, ypT0/is ypN0). Las tasas de respuesta patológica según cada subtipo molecular fueron: 21 tumores luminales, 15/21 (71,4 %) presentaron RP y 6/21 (28,6 %) EE. Del total de 7 tumores triple negativos, 6/7 (85,7 %) presentaron RP y 1/7 RC (14,3%). De los 9 tumores con HER-2, 7/9 (77,7 %) presentaron RP Y 2/9 (22,2 %) RC. En cuanto al estado axilar, en 27/37 (72,9%) pacientes se halló compromiso ganglionar, mientras que 10/37 pacientes (27%) presentaron axila negativa, y este porcentaje se evidenció principalmente en los subtipos triple negativo y HER-2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes con CMLA estadio III que realizaron neoadyuvancia, asistidas en el Servicio de Ginecología y Oncología del Hospital de Agudos Ramos Mejía entre el año 2012 a 2017. Se incluyeron 37 pacientes. Se clasificaron los tumores en base a su perfil inmunohistoquímico de acuerdo a la expresión de receptores de estrógenos (RE), receptores de progesterona (RP) y HER-2. Posteriormente se clasificaron según el criterio de evaluación de respuesta a tumores sólidos (RECIST) postneoadyuvancia. Se categorizaron las respuestas en completas (RC), parciales (RP) y enfermedad estable (EE). Todas las pacientes con receptores hormonales positivos recibieron hormonoterapia al finalizar el tratamiento adyuvante.

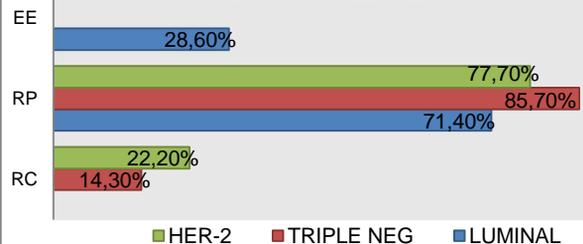
CMLA
Y SUBTIPOS
MOLECULARES



CONCLUSIÓN

En el CMLA el tratamiento neoadyuvante es un pilar fundamental. Obtuvimos un rango de respuestas globales inferior al que se observa en la literatura, oscilando entre el 70% y el 90%, probablemente asociado al estadio localmente avanzado (72,9 % tenía más de cuatro ganglios axilares positivos). En concordancia con la bibliografía, los subtipos moleculares triple negativo y HER-2 tuvieron una mejor respuesta patológica a la neoadyuvancia en relación a los luminales, así como también una mejoría en el estado ganglionar.

TASA DE RESPUESTA PATOLÓGICA SEGÚN SUBTIPO MOLECULAR



TORSIÓN TUBARIA AISLADA. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Hospital General de Agudos Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield. Servicio de Guardia Tocoginecología.
Stolfa, Nicolás. García Posleman, Julieta. Francica, Carolina. Fuentes, María Eugenia. Siufi, Carolina.

INTRODUCCIÓN

La torsión aislada de trompa de Falopio es una etiología rara e infrecuente de abdomen agudo ginecológico, descrita por primera vez por Sutton en 1890. Se estima una incidencia de 1 caso por cada 1,5 millones de mujeres. La fisiopatología es desconocida. Se puede dar sobre la base de una trompa sana o enferma, y se identifican factores de riesgo tanto intrínsecos (Anomalías congénitas, hidrosálpinx, piosálpinx, tumor, peristalsis anómala) como extrínsecos (Adherencias, trauma, embarazo, cirugía pélvica previa). Su principal signo-sintomatología es el dolor agudo cólico localizado en fosa ilíaca o hipogastrio. El gold standard para el manejo terapéutico es el abordaje laparoscópico. Mas del 60% de los diagnósticos subjetivos sobre la vitalidad de la trompa que hace el cirujano en el acto quirúrgico son erróneos al compararlos con la Anatomía patológica posterior.

OBJETIVOS

Describir el caso clínico de torsión tubaria ocurrido en el Servicio de guardia de Ginecología y Obstetricia del HGADVS debido a la baja prevalencia del mismo.

RESULTADOS

Cirugía: Se decide realizar laparotomía explorada por abdomen agudo ginecológico. Incisión tipo Pfannenstiel. Abierta cavidad se evidencia líquido libre en cavidad serohemático 250ml aproximadamente que se descarta. Útero se observa de forma y tamaño conservado. Región aneal derecha: ovario con pequeño folículo hemorrágico que se controla con sutura hemostática. Torsión aneal que compromete trompa de Falopio derecha aumentada de tamaño, congestiva con altas probabilidades de necrosis, sin compromiso ovárico. Se decide salpingectomía derecha. Región aneal izquierda sin particularidades. Se revisa y seca cavidad, cierre de pared por planos. Intradérmica en piel.

Anatomía Patológica diferida: Trompa uterina derecha con marcada vasocongestión y hemorragia que compromete desde la mucosa hasta la serosa inclusive, vinculable a torsión aneal.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 33 años de edad, acude a la guardia de ginecología y obstetricia por dolor abdominal de 12 horas de evolución localizado en fosa ilíaca derecha irradiado a hipogastrio.

Antecedentes: Nulípara, RM regular, MAC: niega. Refiere ataques de pánico pero niega tomar medicación.. Sin antecedentes familiares patológicos de importancia.

Examen Ginecológico: Inspección: normal.

Especuloscopia: vagina s/p. Cuello macroscópicamente sano sin flujo ni metrorragia.

Tacto vaginal: vagina amplia, eutérmica, sin lesiones. Cuello posterior, Frenkel negativo, útero AVF de forma y tamaño conservado.. Fondo de saco derecho: Abombado, doloroso, se palpa formación redondeada blanda de 5cm aprox. FSL Izq: s/p Fondo de saco de Douglas libre.

Laboratorio: GB 11000, HB 12,9 HTO 41,7 PQ 293000 TGO 16 TGP 15 AMILASA 54 DAPTEST Negativo. Sedimento: 5-6 leucocitos campo.

Eco Transvaginal (TV) de guardia: Equipo Toshiba Xnemio. Se observa a nivel de región aneal derecha imagen anecoica de bordes netos de 5x6cm, sin posibilidad de evaluar Doppler por deficiencia del equipo. Escaso líquido libre en fondo de saco de Douglas. Región aneal izquierda sin imágenes agregadas.



Foto 1

Foto 1) Formación congestiva correspondiente a trompa de Falopio derecha.

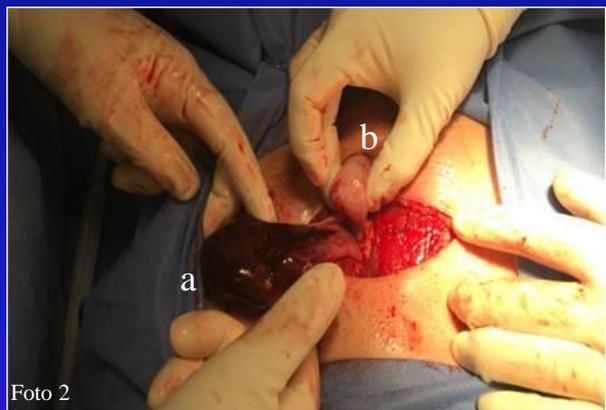


Foto 2

Foto 2) Referencia a) Trompa de Falopio. b) Ovario derecho

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La torsión aislada de trompa de Falopio sin compromiso del ovario es más frecuente en edad fértil, en concordancia con nuestro caso clínico. El mecanismo de torsión se desconoce, es más frecuente del lado derecho ya que el ligamento útero-ovárico derecho es de mayor longitud. Al inicio sucede un stop venoso, y el flujo arterial se mantiene porque son vasos menos compresibles; si el diagnóstico es tardío, la trompa sufre la isquemia.

La clínica es insidiosa, con aumento del dolor abdominal en horas o días, localizado en fosa ilíaca. El tacto vaginal y la ecografía son pilares fundamentales para el diagnóstico pero sobre todo la técnica Doppler, la cual informaría la presencia de alta resistencia, disminución del flujo sistólico, inversión del flujo diastólico o ausencia de flujo (en caso de isquemia) unilateral en la masa descrita. Sin embargo, la presencia de flujo Doppler normal no excluye con toda seguridad la torsión. El tratamiento de elección descrito en la literatura es conservador en los casos de mujeres en edad reproductiva y salpingectomía en los casos de la paridad cumplida o postmenopausia, dependiendo también de la impresión clínica de la trompa en el acto quirúrgico. El principal riesgo de la detorsión es la recidiva o la infección de tejido necrótico remanente. En estudios aleatorizados se vio que es mayor el beneficio de la cirugía conservadora frente a los posibles riesgos de detorsión.



TUBERCULOSIS GENITAL

Novick, F. Seilicovich, Y. Ansotegui, P. Modarelli, F. Salinas, J. Vargas, V. Stolfa, N. Siufi, C.

ANTECEDENTES

Le tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública. El 95% de nuevos casos aparecen en países del tercer mundo.

Entre el 5% y el 13% de pacientes con tuberculosis pulmonar desarrollaran la forma genital. Es la causa más frecuente de esterilidad y de enfermedad pélvica inflamatoria crónica en países en vías de desarrollo.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de Tuberculosis Genital, diagnosticado y tratado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vélez Sarsfield y realizar una revisión bibliográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de Caso Clínico.

Reportamos un caso atendido por un equipo multidisciplinario de nuestro Hospital compuesto por: Obstetricia, Clínica Médica, Infectología y Servicio Social.

Paciente de 30 años, G2C1, embarazo de 38,4 semanas, sin control prenatal, internado por sospecha de neumonía, tratado con ceftriaxona, a las 24 horas del ingreso, continúa sin mejoría clínica, con esputo negativo para bacilo de Koch.

Se decide cesárea por compromiso del bienestar fetal; persistiendo su compromiso respiratorio. A las 72h de postoperatorio, presenta registros febriles, distensión abdominal y disnea; por lo que se pancultiva. Se rota esquema a piperacilina/tazobactam, más vancomicina. Al séptimo día evoluciona con fiebre, íleo, y muy mal estado general, se decide relaparotomía, donde se encuentra en cavidad líquido citrino, múltiples granulomas en útero, anexos, colon izquierdo y peritoneo. Se inicia empíricamente isoniazida, etambutol, rifampicina y pirazinamida.



Útero (cara anterior)



Útero (cara posterior)



Anexo izquierdo

RESULTADOS

Estudios que confirman el diagnóstico:

Estudio de granulomas de fondo uterino

Cultivo: Positivo para TBC XPERT, prueba rápida de reacción en cadena de la polimerasa

Biopsia: Hallazgos morfológicos compatibles con Tuberculosis.

CONCLUSIONES

La tuberculosis genital es una patología infectocontagiosa que ocurre fundamentalmente en los países en vías de desarrollo, presentándose como enfermedad inflamatoria pélvica de curso atípico y otras patologías de las trompas de Falopio, causantes de infertilidad, según la bibliografía mundial revisada.

El diagnóstico durante la segunda cirugía nos permitió el inicio oportuno del tratamiento, no obstante, para la confirmación se requirió medios de cultivo específicos.

La importancia del diagnóstico oportuno e intervención integral radica en mejorar la respuesta clínica, reduciendo la morbilidad materna y evitando las secuelas que disminuyen la capacidad reproductiva.

Tumor Phyllodes maligno, a propósito de un caso

Autores: Gómez Vara, V; Illescas, M.; Silva, S; Solucci, C; Recaman, N; Schiavi, C; Newman, M.

INTRODUCCIÓN: El tumor Phyllodes de mama es un tumor poco frecuente, englobado dentro de tumores fibroepiteliales de mama. Se los clasifica en benignos, borderline y malignos según su histología. El tumor Phyllodes maligno afecta a mujeres entre 40 y 50 años. Generalmente se presentan como un nódulo en mama, multinodular, bien delimitado, móvil, indoloro. Son tumores que pueden alcanzar un gran tamaño, creciendo rápidamente y adelgazando la piel generando retículo venoso. Por lo general en las formas malignas no hay afectación ganglionar, siendo su principal vía de diseminación la hematogena, y el pulmón el primer lugar de metástasis. En ellos se observa una composición epitelial y estromal; esta última es el componente de mayor agresividad. El tratamiento gold standard mastectomía simple asociada a radioterapia y quimioterapia.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de Tumor Phyllodes maligno

MATERIALES Y METODOS: Trabajo descriptivo. Caso clínico obtenido a partir de la revisión de historias clínicas y búsqueda en la base de datos del Hospital Gral. de Agudos Dr. I. Pirovano.

RESULTADOS:

- Paciente de 50 años, G4P1C1AB2. FUM 48 años
- MC 2014: En control de salud se detecta nódulo mamario
- MI: nódulo de mama derecha
- Antecedentes personales: tabaquismo, 8 cig/día, colecistectomía, miomectomía, raspado uterino evacuador
- Antecedentes familiares: Ca de mama (madre)
- Examen físico: MD, CSE se palpa nódulo de 3x3 cm, móvil de bodes definidos. MI: Sin nódulos dominantes. Axilas, huecos supra e infraclaviculares libres
- Mamografía: "MD: En CSE zona de densificación compacta de contornos parcialmente definidos, no se visualizan microcalcificaciones agrupadas, ni ganglios axilares. BIRADS 0. Compresión focalizada de CSE MD: "persistencia de imagen densa compacta" Ecografía: impresiona de contenido liquido con finos tabiques, aéreas sólida y área de 34x15 mm" BIRADS 4.

- Tratamiento quirúrgico: Cuadrantectomía de mama derecha.
- Bx. por Congelación: Proliferación de aspecto bifásico con sobrecrecimiento estromal en sectores periductal con alta celularidad. Se difiere para diagnostico definitivo.
- Anatomía Patológica (diferida): Estroma densamente celular. Figuras mitóticas típicas y atípicas. Grandes áreas de sobrecrecimiento estromal sin componente epitelial. Inmunohistoquímica: AE1 – AE3: negativo en proliferación celular. Ki 67 alcanza en sectores el 60%. Dx: tumor phyllodes maligno. tamaño tumoral 4.5 cm.escaso margen posterior de la misma proliferación estromal. Se ven nódulos tumorales alejados del tumor principal.
- Tratamiento: Mastectomía Simple.
- Anatomía Patológica: Lecho quirúrgico con necrosis grasa, fibrosis y granulomas. No se reconoce remanente tumoral.
- Año 2016: Reconstrucción mamaria con colocación de prótesis. Luego la paciente no concurre a los controles.



Relevancia del numero de mitosis, pelomorfismo celular y características del componente estromal, siendo este ultimo el que determina la agresividad.



CONCLUSION: Los tumores Phyllodes son mas frecuentes en la cuarta década de vida. Hay mayor probabilidad de malignidad cuanto mas edad posee la paciente. Son nódulos de rápido crecimiento cuyo diagnóstico definitivo es anatomopatológico. Ante la malignidad el tratamiento de elección es la mastectomía simple , radioterapia y quimioterapia. La metástasis en ganglios linfáticos solo se observa en menos del 5% de los casos acorde a su diseminación hematogena.

NUESTRA EXPERIENCIA EN CANCER DE MAMA EN MUJERES JOVENES

AUTORES: Rusman, M; Casas, M; Bistritsky, D; Olivares, G; Silva, S; Solucci, C; Newman, M.

INTRODUCCION: El cáncer de mama es la primera causa de muerte por neoplasia maligna en la mujer. Aproximadamente un 7-10 % son mujeres menores de 40 años; representando en este grupo el 40% de todos los cánceres. Su incidencia se modifica de acuerdo al grupo etario estudiado: con una incidencia de 1/173 a los 40 años y de 1/1500 a los 30 años, siendo la edad temprana el factor pronóstico más influyente dado que se relaciona con patrones biológicos de comportamiento más agresivo.

OBJETIVO: Evaluar en el grupo estudiado la prevalencia del cáncer de mama en pacientes de 40 años o menos considerando su presentación clínica, método de diagnóstico y tipo histológico.

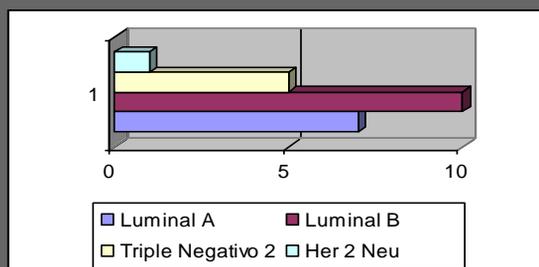
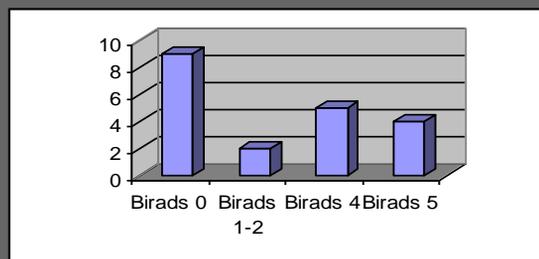
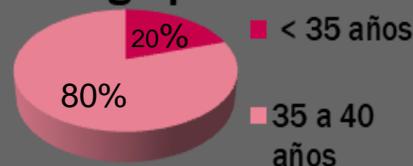
MATERIALES Y METODOS:

Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional a partir de una base de datos confeccionada en consultorio de Patología Mamaria del Hospital Pirovano entre 2014 y 2017

RESULTADOS

- TOTAL: 226 pacientes con diagnóstico de CM.
- Población a estudiar: menores de 40 años: n= 20 pacientes. La menor de 26 años, la mayor de 40 años con una media de 36,7 años.
- Se dividió a esta subpoblación en 2 grupos: Menores a 35 años (n=4) y entre 35 y 40 años (n=16). De las < de 35 años, 2 tenían 26 años al momento del diagnóstico, otra 28 y la cuarta 33 años.
- 20% refirió antecedentes familiares de 1º grado
- MOTIVO DE CONSULTA: 85% nódulo palpable detectado en autoexamen, 15% pacientes de 40 años quienes realizaban su primer control mamográfico de rutina.
- Mamografías solicitadas: 9 BR 0, 2 BR 1-2, 5 BR 4 y 4 BR 5. Todas las BR 0 presentaban imágenes ecográficas de alta sospechas las cuales motivaron la punción.
- Histología: **Luminal B** (n=10) y **Luminal A** (n=7), triple negativo (N=2), Her2 Neu + (N=1).

Subgrupos



CONCLUSIONES

En nuestro servicio observamos un 10 % de pacientes con cáncer de mama de 40 años o menos en coincidencia con la bibliografía, así como también un incremento de la incidencia con la edad, visto que el subgrupo de 35 a 40 años representa el 80% de la muestra. Con respecto al diagnóstico, el bajo porcentaje de pacientes jóvenes que se someten al screening sumado a la más dificultosa interpretación de las mamografías actúan en detrimento del diagnóstico precoz, motivo por el cual consideramos el control en salud y el examen físico pilares fundamentales para la temprana detección.



INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO, NUESTRA EXPERIENCIA



Autores: Baquerizo, N; Villafañe, B; Corazza, M; Justo, M; Filippo, H; Newman, M.

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia de orina es una afección común en la población femenina, se estima que se presenta en 1 de cada 4 mujeres en algún momento de su vida. La Incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) se define como la pérdida involuntaria de orina ante maniobras que generan el aumento de la presión intraabdominal. Dentro de la evaluación de la paciente con incontinencia se incluye el estudio urodinámico entre otros. Estos evalúan la funcionalidad del tracto urinario inferior a través de parámetros fisiológicos.

OBJETIVO: Evaluar la utilidad de la urodinamia como parte de los estudios prequirúrgicos en pacientes que presentan IOE pura.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo retrospectivo observacional a partir de la revisión de base de datos interna confeccionada en el consultorio de Uroginecología del Hospital Pirovano periodo Diciembre de 2016 a Diciembre 2017.

Se incluyeron las pacientes que consultaron por incontinencia de orina que fueron evaluadas con estudio urodinámico en nuestro Hospital, excluyéndose otros diagnósticos uroginecológicos y aquellas pacientes que realizaron estudios urodinámicos en otros centros.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 36 pacientes. De estas pacientes 21 consultaban por incontinencia de orina, 18 pacientes refirieron IOE, objetivada en consultorio. De estas, 6 presentaron urodinamias normales y una no tolero el estudio. Todas las pacientes con IOE franca con o sin urodinamia positiva fueron operadas con colocación de malla presentando todos resultados favorables y mejoría de la clínica.

CONCLUSION

En concordancia con la bibliografía nuestra experiencia indica que, a pesar de contar con una población reducida, el estudio urodinámico podría no ser necesario como estudio prequirúrgico en aquellas pacientes que presentan IOE franca. Sin embargo, consideramos que la utilización selectiva de la urodinamia en determinadas pacientes es importante para identificar factores que contribuyen a la misma creemos que la indicación del estudio debe individualizarse para cada paciente y utilizarse en combinación con otras modalidades diagnósticas para evitar gastos y procedimientos invasivos innecesarios.

Hábitos, Preferencias y

Bienestar sexual

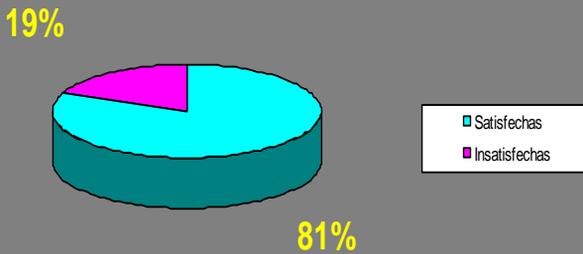
Autores: Solucci C., Silva S., Santarella C., Baquerizo N., Newman M.,

Al Bienestar Sexual se lo puede valorar en cuanto a la : satisfacción , iniciación sexual, tipo de preferencias, Nº de parejas sexuales, edad en la que se está transitando, entre otras variables.

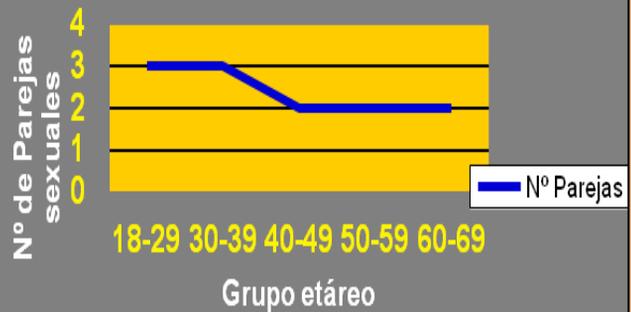
Objetivo: Estimar la prevalencia de la Satisfacción Sexual y Nº de parejas sexuales en diferentes grupos etáreos de nuestra muestra.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, utilizando el cuestionario de autoevaluación "Índice de Función Sexual Femenina" validado al castellano por Blumel-2004. *Criterios de inclusión:* Mujeres mayor o igual a 18 años que consintieron la participación y que declararon ser activas sexualmente activas. Se excluyeron pacientes con enfermedad grave. Se reclutaron 180 mujeres. 3 pacientes se negaron y hubo 3 cuestionarios incompletos. Evaluables: 174 encuestas. Edad promedio muestra 40.2 años. Rango 18-65 años. Se estimó la prevalencia de Satisfacción Sexual Global y por grupo etáreo. Estadístico Statistix 8.0 . IC=95%. Período:2016-2017

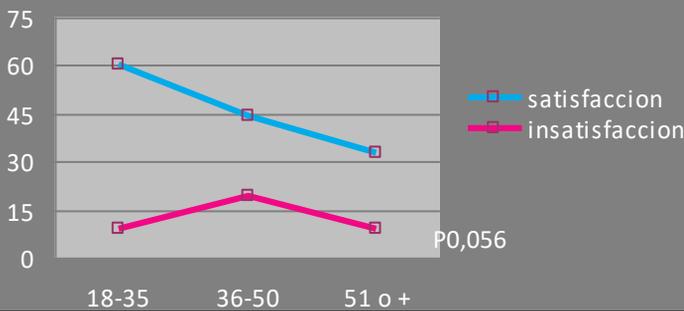
Prevalencia global de Satisfacción de la muestra



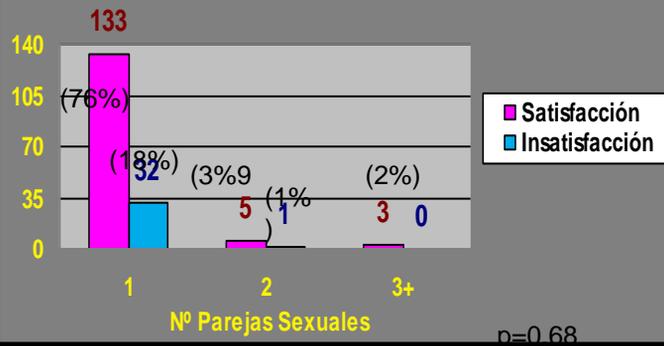
Nº Parejas /Grupo etáreo



Grupo etáreo /Satisfacción sexual



Nº de parejas sexuales/Satisfacción sexual



Conclusión: El bienestar sexual es vital para el confort del ser humano. Es importante indagar sobre todas las variables que lo condicionan y la satisfacción sexual es primordial para ello. En nuestra muestra observamos que la prevalencia es superior (81%) a las estadísticas mundiales (44%), que no depende del número de parejas sexuales simultáneas y si depende de la edad. A mayor edad se manifestó menor cantidad de parejas sexuales. Como profesionales es importante poder dejar de lado los prejuicios para hablar sobre sexualidad :sus preferencias , hábitos y demás factores condicionantes para poder impulsar el logro del "bienestar sexual".

Prevalencia del Orgasmo en nuestra muestra

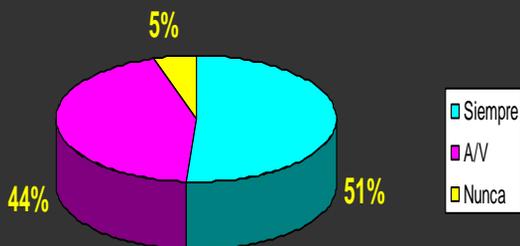
Autores: Solucci C., Silva S., Santarella C., Baquerizo N., Fanego C., Recaman N., Schiavi C., Olivares G.

El orgasmo es el climax intenso del placer sexual que es percibido de manera subjetiva a nivel neurológico central. Ocurre como producto de la estimulación somato- psicosexual.

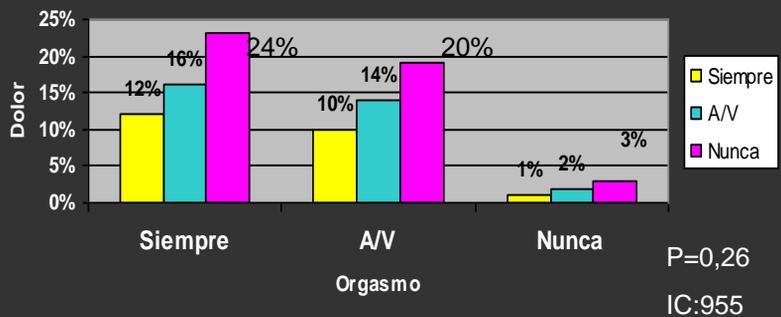
Objetivo: Estimar la Prevalencia del Orgasmo en nuestra muestra y algunas variables relacionadas; dolor y estímulos.

Materiales y método: Se realizó un estudio descriptivo transversal, utilizando el cuestionario de autoevaluación "Índice de Función Sexual Femenina" validado al castellano por Blumel-2004. Criterios de inclusión: Mujeres mayor o igual a 18 años que consintieron la participación y que declararon ser activas sexualmente. Se excluyeron pacientes con enfermedad grave. Se reclutaron 180 mujeres. 3 pacientes se negaron y hubo 3 cuestionarios incompletos. Evaluables: 174 encuestas. Edad promedio muestra 40.2 años. Rango 18-65 años. Se estimó la prevalencia de Satisfacción Sexual Global y por grupo étnico. Estadístico Statistix 8.0 . IC=95%. 2016-2017

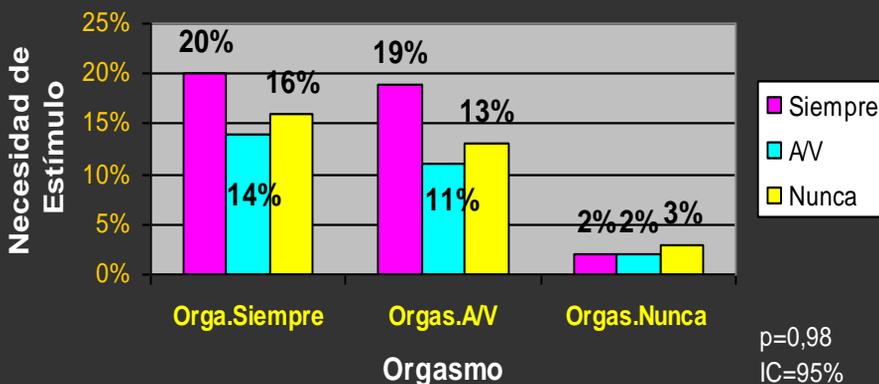
Prevalencia Global de Orgasmo en nuestra muestra



Dolor / Orgasmo



Necesidad de Estímulo para alcanzar el Orgasmo



Conclusión: La prevalencia de dificultad para alcanzar el orgasmo estadísticamente oscila entre el 3% y 33%, en nuestra muestra fue del 5%. No hubo relación entre este y el dolor $p=0,26$ como tampoco dependió de la necesidad de estímulos somato-psicosexuales $p=0,98$. La dificultad para alcanzarlo en mujeres activas sexualmente es un indicador que merece atención ya que el orgasmo es un componente integral de la función sexual.

Cilindroma mamario en contexto de síndrome Brooke-Spiegler: presentación de un caso clínico

Costa M, Temple C, Carrasco M, Sanchoyena V, Maltagliatti D, Acosta Haab G, Leguina L, Flaks D, Arias C
costa.mflorenia@gmail.com

Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, CABA

Introducción: el cilindroma es un tumor cutáneo infrecuente, que puede presentarse de manera solitaria o múltiple. Cuando además de los cilindromas hay presencia de tricoepiteliomas y espiroadenomas, se denomina síndrome de Brooke-Spiegler. Se produce a partir de mutaciones en el gen CYLD y si bien tiene un gran espectro fenotípico, se caracteriza por neoplasias benignas de los anexos que se localizan preferentemente en cara y cuero cabelludo. El cilindroma de localización glandular mamaria es extremadamente infrecuente, reportándose en la literatura mundial 10 casos.

Objetivo: presentación de un caso clínico.

Materiales y métodos: obtención de datos a través de evaluación de historia clínica y revisión bibliográfica

Caso clínico: paciente de 53 años que presenta nódulo palpable en mama derecha con diagnóstico de carcinoma adenoidequístico luminal B.

Examen mamario: mama derecha (MD) zona de induración inespecífica en región retroaxilar, con nódulo axilar homolateral móvil.

Mamografía: asimetría tisular en prolongación axilar derecha que se atenúa con compresión.

Ecografía mamaria: MD H10 nódulo sólido lobulado homogéneo de 8 x 4 x 9 mm y en región subclavicular derecha se visualiza nódulo en espesor de dermis, en concordancia con lesión palpable.

Cirugía: biopsia radio quirúrgica + biopsia de ganglio centinela (0/2)

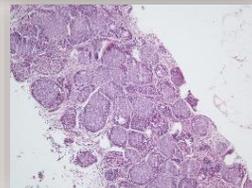
Anatomía patológica: carcinoma adenoidequístico con moderado infiltrado linfocitario, IHQ: RE 20%, RP negativo, HER negativo Ki67 2%. Ganglio centinela negativo.

Presenta además lesiones dérmicas en región subclavicular derecha, en mejilla izquierda y cuero cabelludo AP: Tricoepitelioma, Cilindroma y Espiroadenoma ecrino, respectivamente, por lo cual se realiza revisión en forma completa del caso, arribándose al diagnóstico definitivo: *cilindroma mamario en contexto de síndrome de Brooke-Spiegler*.

Fig.1: lesión papular hiperpigmentada en región subclavicular derecha.



Fig.2: cilindroma mamario: nidos y trabéculas con células basaloideas y mioepiteliales



Conclusión: el cilindroma mamario es un tumor benigno infrecuente idéntico al cilindroma cutáneo pero que proviene del tejido glandular. Su principal diagnóstico diferencial es con el carcinoma adenoidequístico. Tienen características histológicas similares pero se distinguen por la atipia nuclear, los bordes tumorales invasivos y la actividad mitótica. Es fundamental diferenciarlos ya que las implicancias pronósticas y el manejo son claramente diferentes. El principal tratamiento del cilindroma mamario es la escisión quirúrgica, sin estadificación axilar y no requiere de tratamiento adyuvante. El hecho de que la paciente haya presentado otras lesiones compatibles con el síndrome de Brooke-Spiegler y presente familiares afectados por lesiones similares, fue fundamental para arribar al diagnóstico definitivo e iniciar asesoramiento genético pertinente.

Bibliografía:

1. Mahmoud Amr, *Cylindroma of the breast: a case report and review of the literature*. 25 Apr 2009 PMID: 19725978
2. Farkas Katalin, *The CYLD p.R758X worldwide recurrent nonsense mutation detected in patients with multiple familial trichoepithelioma type 1, Brooke-Spiegler syndrome and familial cylindromatosis represents a mutational hotspot in the gene*, 2016. DOI 10.1186/s12863-016-0346-9
3. Arretche Valeria, *Síndrome de Brooke Spiegler, reporte de un caso y revisión de la literatura*. Arch. Argent. Dermatol. 2015; 65 (2): 60-64



12 Congreso Argentino de Controversias en Obstetricia y Ginecología

Embarazo y Cáncer de Cuello Uterino

a propósito de un caso

Hospital de Agudos Parmenio Piñero – Servicio de Ginecología
Autores: Cara V., Jara Valdez L., Barbieri F., Souza A., Reyes C., Gómez L.

Introducción:

El cáncer de cuello de útero, es el tumor ginecológico más frecuentemente diagnosticado en la mujer embarazada. Si bien el embarazo según la literatura no modifica el pronóstico, se requiere de equipos multidisciplinares para su manejo. La conducta terapéutica estará condicionada por la edad gestacional y el deseo de la paciente de continuar con el embarazo.

Objetivo:

Describir el caso clínico de una paciente con cáncer de cuello uterino diagnosticado en el embarazo y exponer la dificultad de determinar la conducta terapéutica.

Caso Clínico:

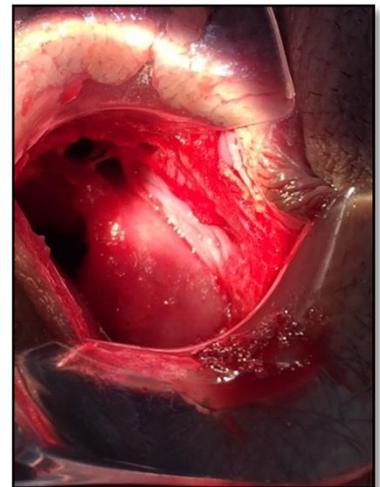
Paciente de 23 años G2Ab1, cursando embarazo de 31,6 semanas consulta en la Guardia de Obstetricia por Ginecorragia.

Examen Físico al Ingreso:

TV	• Tumoración exofítica friable de aprox. 8x6 cm que compromete y reemplaza cérvix uterino, muy sangrante al contacto
TR	• Parametrios impresionan libres, mucosa rectal impresiona indemne
Estatificación Clínica	• Estadio Ib2 Bulky

Estudios Complementarios:

Colposcopia	• Imagen ulcerada de bordes necróticos
PAP	• Carcinoma escamoso
Biopsia	• Carcinoma escamoso moderadamente diferenciado infiltrante
Cistoscopia	• Mucosa indemne
Rectoscopia	• Mucosa indemne
Uroresonancia	• Dilatación ureteropielocalicial hasta 1/3



Espectroscopia

Ateneo Multidisciplinario:

Obstetricia, Ginecología, Oncología, Servicio Social, Neonatología.

Tratamiento:



Discusión

- Conducta en paciente embarazada con cáncer de cuello uterino.
- Diferencias en el tratamiento de esta patología
- Tratamiento en el 3 trimestre:
 - ¿Finalización del embarazo?
 - ¿Tratamiento Neoadyuvante o Tratamiento Quirúrgico?

Conclusión:

La prematuridad iatrogénica y la toxicidad de las drogas oncológicas son factores determinantes al momento de decidir una conducta terapéutica durante el tercer trimestre del embarazo. Si bien existen guías, consensos y bibliografía sobre esta patología en el embarazo, la estrategia en el tratamiento y seguimiento debe ser desarrollada por un equipo multidisciplinario, tratando de individualizar cada caso y tomando decisiones en pos del bien mayor del binomio madre-hijo.

GIST : REPORTE DE UN CASO

Hospital Dr Angel Pintos de Azul, Buenos Aires

Autores: Bocelo ,F; Carrara ,J ; Fenoglio, S; Grimoldi, S; Mendiola, P y Scavuzzo, F

INTRODUCCIÓN:

El Tumor de la Estroma Gastrointestinal (GIST) es un tumor mesenquimatoso a partir de las células de Cajal de la pared del tracto digestivo. Se caracteriza por presentar sobreexpresión de C-kit en IHQ (>95%) y por activación de mutaciones de receptores de tirosina quinasa. Su incidencia es de 12-15/1000000 habitantes y representa el 0,2% de los tumores malignos digestivos (familia del sarcoma). Presenta mayor frecuencia en hombres, con edad promedio de 55 años.

Su potencial maligno se correlaciona con localización, tamaño e índice mitótico. El tiempo promedio para su evolución es de 11 meses y su tamaño tumoral promedio es de 12 cm.

Localizaciones: Gástrico, intestino delgado (yeyuno, íleon, duodeno), rectal, mesentéricos, cólico y multifocal. Sintomatología: Asintomáticos mucho tiempo, Principal dolor y hemorragia GI. > 10cm = riesgo moderado/alto.

OBJETIVOS

Exponer un caso clínico de una paciente con una masa pelviana de presunto origen ginecológico en nuestro servicio.

MATERIALES Y METODOS

El siguiente es un trabajo descriptivo a propósito de un caso donde se analiza un paciente de 44 años sin antecedentes personales ni ginecológicos patológicos que concurre al consultorio por dolor + masa abdominal de presunto origen ginecológico derivada del servicio de ecografía. Al examen presenta un útero en AVF, de 8x5x3 cm, se palpa retrouterino, ocupando fondos de sacos uterino y Douglas, tumoración de 13x10 cm. Se solicita prequirúrgico y RMN con doble contraste.

La paciente vuelve a consultar a los 9 días con el resultado de la RMN la cual informa un mioma fúndico uterino de 5 cm y voluminosa formación abdomino pelviana, polilobulada y heterogénea, con efecto de masa y desplazamiento de las asas y vejiga, de 13x12x16 cm, de borde bien delimitado, con áreas de necrosis en su interior. Se solicita , CA 125, CA 19-9, Alfa-feto proteína y se programa la cirugía.

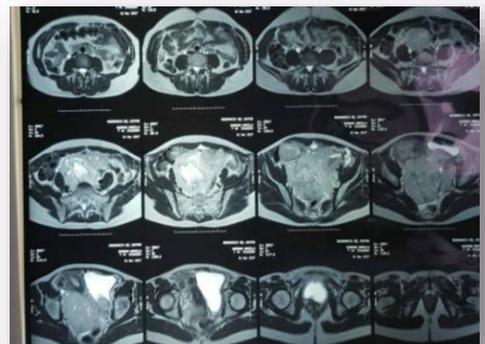
RESULTADOS

Se reciben marcadores tumorales negativos y se realiza tumorectomía + resección intestinal + anastomosis termino terminal delgado + anexectomía derecha.

DX POP: Tumor de intestino delgado. La paciente presenta un HTO de 17,5% postoperatorio por lo cual se transfunden 3 Unidades de GR y se comienza ATB EV (ciprofloxacina + metronidazol).

Al 8vo día se otorga alta medica y se cita por servicio de oncología con el resultado de anatomía patológica el cual informa: Cuadro histológico y expresión antigénica consistente con GIST de intestino delgado.

Actualmente se encuentra en tratamiento con IMATINIB 400 mg/día y seguimiento por oncología.



CONCLUSION

El tumor de la estroma gastrointestinal es un tumor maligno del sistema digestivo muy poco frecuente; y aun más en mujeres en edad reproductiva. Este caso deja al descubierto la importancia de realizar un buen diagnostico diferencial al presentar una masa pelviana en una paciente sin antecedentes patológicos de importancia.

DIFERENCIAS ENTRE VALORES DE GLAE EN PACIENTES CON SOP SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

E. LAMAS MAJEK; G. FERNANDEZ; G. BLANCO; S. DI LELLA; V. STRAMINSKY; C. ONETTO; B. PEREZ LANA; M. YARADE; S. LEIDERMAN

Hospital de Clínicas "José de San Martín", División Ginecología, Sección Endocrinología Ginecológica. C.A.B.A

Introducción: El Síndrome de ovario poliquístico (SOP) es la endocrinopatía más frecuente en mujeres en edad reproductiva. Se destaca la importancia del hiperandrogenismo (HA) como parte de los criterios diagnósticos.

Sin embargo, existen situaciones, como la obesidad, en donde los niveles de Testosterona Total (ToT) pueden ser normales, debido a un descenso en la Globulina Ligadora de Hormonas Sexuales (GLAE), favoreciendo así, el aumento de la fracción libre y biodisponible de Andrógenos séricos.

Objetivo: Comparar los valores de GLAE entre pacientes con diagnóstico de SOP, según su IMC, es decir, según sean pacientes con peso normal u obesas.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, que incluyó 43 pacientes (edad media 25,5 años) con diagnóstico de SOP por Criterio de Rotterdam, que concurrieron a la Sección Endocrinología Ginecológica del Hospital de Clínicas "José de San Martín", durante el período comprendido entre Enero de 2015 y Marzo de 2018. Se calculó IMC, según peso y talla; y se realizó dosaje de andrógenos en sangre, en fase folicular temprana o en período de amenorrea.

Resultados:

	Peso Normal	Obesas
Pacientes (n)	20	23
Edad	25,5	25,4
IMC	22,43	37,69
GLAE promedio (nmol/L)	69,7	23,7
DS	34,5	13,1

Tabla 1. Distribución de pacientes según Normopeso u Obesidad y su relación con los niveles de GLAE

Conclusiones:

Ante los resultados expuestos, podemos inferir que existe una diferencia entre los valores séricos de GLAE en ambos grupos. Lo que nos llevaría a pensar en la importancia que tiene la obesidad en el desarrollo y fisiopatología del Hiperandrogenismo. Lo que, y en coincidencia con la bibliografía consultada, podría llevarnos a inferir que las pacientes con menores niveles de GLAE tendrían un mayor riesgo de estar padeciendo, o padecer en el futuro, un Síndrome Metabólico.

Bibliografía: **1)** The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS Consensus Workshop Group Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). Hum Reprod 2004; 19: 41-47 **2)** Azziz R, Carmina E, Dewailly D y cols. Criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an androgen excess society guideline. J Clin Endoc Metab 2006; 91: 4237-4245. **3)** García Bienere W, Mongitore MR, Teres I, Cortelezzi M. Consideraciones clínicas y bioquímicas para la solicitud y realización de prácticas de laboratorio en endocrinología ginecológica y reproductiva de Andógenos. SAEGRE. 2009. **4)** Pasquali R, Diamanti-Kandarakis E, Gambineri A. Secondary polycystic ovary syndrome: theoretical and practical aspects. Eur J Endocrinol 2016; 175 (4):R157-R169