

ARCHIVOS de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

Publicación científica de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay
EDICIÓN CUATRIMESTRAL

ISSN 0797-0803 Impresa
ISSN 1510-8678 Electrónica

2021 | Abril

Volumen 59

Número 1

Páginas 1-74



Simple y natural



miranda

Acetato de Nomegestrol 2,5 mg - Estradiol 1,5 mg



Primer ACO Monofásico
con estrógeno Natural*
y en esquema 24/4

- Alta efectividad anticonceptiva
- Muy buen control del ciclo
- Buen perfil metabólico

Eficacia anticonceptiva demostrada
en mujeres de 18 a 50 años**

* Estrógeno similar al producido endógenamente por la mujer. ** Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011 Dec;16(6):430-43

ARCHIVOS DE Ginecología y Obstetricia

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

www.ago.uy

2021; Volumen 59, Número 1: 1-74 • ABRIL • ISSN 0797-0803 (impresa) | ISSN 1510-8678 (electrónica)

EDITORIA: Dra. Natalia Pérez Pérez. Bvar. Artigas 1550; SGU. Montevideo

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SGU

Presidente: Dr. Claudio Sosa

Primer Vicepresidente: Dra. Ana Saldías

Segundo Vicepresidente: Dr. Edgardo Castillo

Secretaria: Dra. Natalia Pérez

Pro-Secretario: Dr. Arturo Achard

Tesorero: Dr. Gualberto Arribeltz

Pro-Tesorera: Dra. Rosario Morán

Biblioteca/Public/Web: Dra. Claudia Torrado

Past President: Dr. Gerardo Vitteira

SOCIEDADES ANEXAS DE LA SGU

Sociedad Uruguaya de Ginecología Oncología

Presidente: Dr. Fernando Taranto

Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva - SUSSR-SGU

Presidente: Dra. Fernanda Gómez

Sociedad de Ecografía Ginecotológica del Uruguay

Presidente: Dra. Florencia Garat

Sociedad de Endoscopia Ginecológica del Uruguay

Presidente: Dr. Sebastián Ben

Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia - SUGIA

Presidente: Dra. Mónica Lijtenstein

Sociedad de Mastología Ginecológica del Uruguay

Presidente: Dr. Eduardo Musetti

Sociedad Uruguaya de Endocrinología Ginecológica y Menopausia - SUEGYM

Presidente: Dra. Alma Martínez

Sociedad Uruguaya de Perineología - SUPER

Presidente: Dr. Edgardo Castillo Pino

Consejo Editorial SGU • AGO

Dr. José Enrique Pons, Dr. Gustavo Ferreiro,

Dr. Gerardo Vitteira Liard, Dr. Claudio Sosa,

Dra. Natalia Pérez Pérez, Dra. Estefany Díaz

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Justo G. Alonso Tellechea

Dra. Carmen Álvarez Santin

Dra. Ma. Luisa Banfi

Dr. Leonel Briozzo

Dra. Estela Conselo

Dr. José C. Cuadro

Dr. José C. Fagnoni Blengio

Dr. Washington Lauría

Dr. José H. Leborgne

Dr. Raúl Medina Milanesi

Dr. Mario Olazábal Calvete

Dr. Jaime Polto

Dr. José E. Pons

Dr. Ramón Rodríguez de Armas

Dr. Alegre Sassón

Dr. Ricardo Topolanski

SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

H. Pereira Rossell. Bvar. Artigas 1550. Segundo piso.

Montevideo, Uruguay. CP 11.600.

Telfax: (598) 2709 9287

e mail: sgineuruguay@gmail.com

Esta es una publicación científica autofinanciada y de distribución exclusivamente gratuita. Se agradece la difusión y la colaboración. Cualquier parte de esta publicación puede reproducirse con previa autorización de los autores y editores, siempre que se cite la fuente y se envíe copia a la SGU.

REVISTA ARBITRADA | EDICIÓN CUATRIMESTRAL

PROYECTO AGO.UY

Patrocinantes

URUFARMA

BAYER

GADOR

TRESUL

Lenzetto[®]

1,53 mg Estradiol

Nuevo e innovador pulverizador transdérmico para la Terapia Hormonal en la Menopausia



Vía de administración transdérmica



Precisión de la dosis individualizada



Diseño único en pulverizador



Se seca en menos de 2 minutos



Tras la aplicación del fármaco el área se puede lavar después de 1 hora



Aplicación localizada invisible



La aplicación del fármaco deja un área limpia y seca



GEDEON RICHTER
La salud es nuestra misión

LEN 062019 GR-MP_URUGUAY



Calidad europea al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989 | TeleFax: 2487 4108 - 2486 3683 - 2486 3747 | tresul@adinet.com.uy | www.tresul.com

Contenido

Editorial	6
COVID-19	
Vacunación contra COVID-19 en el embarazo y durante la lactancia	7
Notificación COVID-19 – N° 3 (8/4/2021). Sociedad Ginecotocológica del Uruguay	
Listado de información sobre vacunación contra COVID-19 en el embarazo para Especialistas en Ginecología y Obstetricia	15
Notificación COVID-19 – N° 3 (8/4/2021). Sociedad Ginecotocológica del Uruguay	
ARTÍCULO ORIGINAL	
Análisis de las conductas sexuales de riesgo en un grupo estudiantes de medicina del Hospital de Clínicas	19
Hospital de Clínicas, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay Clínica Ginecotocológica B, Prof. Dr. Washington Lauría Florencia Feldman, Stephanie Pereyra, Vanessa Venturini, Natalie Alvarez, Romina Pereira, Luciana Correa, Grazzia Rey	
CASOS CLÍNICOS	
Enfoque ginecológico de la hiperplasia suprarrenal congénita clásica. Reporte de un caso clínico	29
Carolina Godoy, Carolina Barreiro, Gabriel Carrieri, Vanessa Guzzo	
Anomalías müllerianas: a propósito de un caso clínico	37
Hospital Pereira Rossell, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Clínica Ginecotocológica C, Prof. Dr. Claudio Sosa Lucas Mendieta, Luis Russi, Santiago Zunini, Claudio Sosa	
Bloqueo auriculoventricular fetal: a propósito de un caso clínico	47
Hospital Pereira Rossell, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay. Clínica Ginecotocológica C, Prof. Dr. Claudio Sosa Ma. Eugenia Hernández, Romina Della Ventura, Luis Russi, Nicolás Martino, Claudio Sosa	
Inversión uterina subaguda. Reporte de un caso clínico. Revisión de la literatura	57
Emilio Rosso, Ivanna Pertuso, Luis Russi, Santiago Scasso, Julio Citera	
<i>Normas de Publicación. Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)</i>	69
Revista científica de la SGU	

EDITORIAL

Queridos lectores:

Me complace poder presentar el primer número de Archivos de Ginecología y Obstetricia del Uruguay, del año 2021.

Como todos ustedes saben, seguimos luchando contra esta pandemia y desde la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay queremos acercarle las nuevas recomendaciones sobre la vacunación a embarazadas: este tema lo debemos manejar correctamente en toda la comunidad ginecológica y médica en general. Para ello, hemos realizado dos comunicaciones: una referente a las vacunas en el embarazo y otra para ginecólogos especialmente, con algunas dudas muy comunes, las cuales las publicamos al principio de esta revista.

Como segundo aporte contamos con una investigación realizada por el equipo de docentes del Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela» referente a las conductas sexuales en los estudiantes de medicina recopilando datos referentes a la educación sexual, entre otros, siendo esto de suma importancia para hacer diagnóstico de situación de los replicadores de información.

A posteriori, contamos con cuatro casos clínicos con su correspondiente revisión de la literatura y lo que es muy importante para nosotros, su resolución clínica.

El primer artículo de caso clínico presenta una paciente con hiperplasia suprarrenal congénita, malformación que no se ve con frecuencia en la clínica diaria. El segundo caso se trata de una agenesia uterina, también infrecuente: su presencia se debe de diagnosticar lo más precozmente posible. El tercer artículo desarrolla un caso clínico obstétrico de diagnóstico y manejo del bloqueo auriculoventricular fetal y el último, y cuarto caso clínico comentado, es de una paciente con inversión uterina subaguda, cuadro de extrema gravedad, lo que obliga a una rápida resolución.

Les recuerdo que estamos recibiendo artículos hasta el **30 de junio** para poder ser publicados en el número de **agosto de 2021**.

Les agradezco a todos nuestros lectores por estar siempre presentes apoyando la publicación y espero que este número sea de su agrado.

Con el cariño de siempre,



DRA. NATALIA PÉREZ
Editora AGO

Vacunación contra COVID-19 en el embarazo y durante la lactancia

Notificación COVID-19 – N° 3 (8/4/2021)

Sociedad Ginecotológica del Uruguay

La infección causada por SARS-CoV-2 ha emergido como una pandemia sin precedentes con una diseminación global debido a su alto índice de reproducción y a la falta de inmunidad de rebaño al tratarse de un virus emergente, haciendo susceptibles a todas las poblaciones, pero con un mayor impacto en resultados adversos en algunos grupos específicos. En el intento de prevenir la enfermedad para controlar la pandemia se han investigado múltiples vacunas, algunas de ellas con nuevas tecnologías y otras adaptadas de vacunas ya existentes. Uruguay ha comenzado a transitar en forma exitosa el periodo de vacunación con la vacuna CoronaVac (Sinovac Biotech) y la vacuna Pfizer-BioNTech, incorporando adicionalmente la vacuna Vaxzevria (Oxford-AstraZeneca). La implementación exitosa de la vacunación

más la situación epidemiológica actual en nuestro país ha motivado a la Comisión Directiva de la SGU realizar una nueva actualización de las recomendaciones en relación a las vacunas contra el COVID-19, el embarazo y la lactancia.

EMBARAZO E INFECCIÓN POR COVID-19

Los datos observacionales demuestran que, aunque las probabilidades de experimentar enfermedad grave son bajas, las mujeres embarazadas con COVID-19 tienen un mayor riesgo de enfermarse gravemente, lo que incluye cuadros severos que podrían requerir ingreso a cuidados intensivos, asistencia respiratoria mecánica y muerte, cuando esto es comparado con mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas. Además, aquellas que presentan la infección se asocian con mayor riesgo de presentar resultados adversos perinatales como el parto de pretérmino y rotura de membranas, así

como intervenciones tocúrgicas (tasa de cesárea).

VACUNAS Y EMBARAZO

En términos generales las vacunas contra COVID 19 que han sido aprobadas hasta el momento, muestran perfiles de eficacia y seguridad adecuados y debe ser destacable que se hayan podido desarrollar en forma rápida, cumpliendo todas las fases requeridas, constituyendo por si mismas una herramienta fundamental para avanzar en el control de la pandemia.

Vacuna ARNm (Pfizer-BioNtech)

La vacuna mRNA se basa en el antígeno de la glicoproteína(S) de pico de SARS-CoV-2 codificado por ARN y formulada en nanopartículas lipídicas. Las vacunas ARNm *no contienen el virus vivo que causa el COVID-19 y, por lo tanto, no pueden hacer que una persona se infecte por COVID-19. Además, las vacunas ARNm no interactúan con el ADN de una persona porque el ARNm no ingresa al núcleo de la célula*, por lo cual no pueden causar ningún cambio genético. Los datos acerca de la seguridad de las vacunas contra el COVID-19 en personas embarazadas son limitados, ya que, a la fecha, los estudios clínicos realizados para probar el beneficio y seguridad de esas vacunas no incluyeron mujeres embarazadas. Por lo tanto, no contamos con evidencia de alta calidad sobre la efectividad de prevención, el desarrollo de severidad con la vacuna y la seguridad durante el embarazo; sin embargo, la justificación para incluir el embarazo se basa en que una mujer embarazada infectada con SARS-Cov2 y que desarrolla COVID-19, al compararse con una infectada en edad reproductiva, tiene signifi-

cativamente más riesgo de complicaciones y muerte. A la fecha actual un total de 80 países la han aprobada para su uso. En estudios realizados en animales con vacunas de similar tecnología (Moderna®), ha evaluado toxicidad perinatal y postnatal no identificando alteraciones sobre el desarrollo embrionario, fetal o postnatal. Adicionalmente, el CDC (Centro para Control de Enfermedades Contagiosas de Estados Unidos) ha reportado a través de su sistema de vigilancia V-SAFE los resultados en un total de 1949 embarazos, no reportando mayores efectos adversos que en embarazadas que no recibieron vacunas.

Varias agencias reguladoras, la OMS, FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), SMFM (Sociedad de Medicina Materno Fetal) y el colegio Americano de Obstetricia y Ginecología han revisado la evidencia de estudios no clínicos y no han encontrado motivos para dudar de la seguridad de la vacuna durante el embarazo. Actualmente con el plan de vacunación que realiza Estados Unidos durante el mes de febrero más de 30.000 embarazadas habían sido vacunados, no habiendo reportes de efectos adversos importantes a la fecha. Recientemente se ha comenzado un estudio fase III cuyo objetivo es reclutar 4000 embarazadas en forma voluntaria para evaluar la seguridad y efectividad de la vacuna Pfizer-BioNTech. Un total de nueve países entre los que se encuentra Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil y Chile reclutarán embarazadas de 18 años o más para recibir las dos dosis estándar de vacunas (separadas por tres semanas) entre las 24 y 34 semanas de gestación. El estudio contará con un grupo control que se les ofrecerá la vacunación una vez que finalice el estudio y se confirme la eficacia. Este va a ser el primer estudio a la

fecha fase III para una vacuna ARNm en el embarazo.

Vacuna CoronaVac (Sinovac Biotech)

La vacuna CoronaVac fue la primera en ser incorporada en el plan de vacunación para la pandemia en Uruguay. Esta se encuentra clasificada entre las vacunas inactivadas que funciona mediante el uso de partículas virales muertas para exponer al sistema inmunológico al virus de la COVID-19 sin riesgo de enfermedad grave. Se tiene mayor experiencia, dado que es una tecnología utilizada en otras vacunas de uso actual (incluso en embarazadas y en periodos de lactancia) y con buen perfil de seguridad. Induce el desarrollo de anticuerpos contra el RBD (receptor) de la proteína S, que tienen potencial neutralizante. Se alcanzan muy altos porcentajes de seroconversión, cercanos al 100%, que dependen de la dosis y del esquema de inmu-

nización utilizado. A la fecha un total de 19 países han aprobado su uso.

Vacuna Vaxzevria (Oxford-AstraZeneca)

El esquema de dos dosis de la vacuna induce niveles de anticuerpos contra la proteína S, tanto en adultos jóvenes como mayores de 70 años, similares a los desarrollados durante la infección, los cuales se mantienen al día 56. Estos anticuerpos presentan capacidad neutralizante determinada por varias técnicas. Además, se ha determinado que la preparación vacunal induce respuesta celular polarizada hacia un perfil Th1, con producción de IFN-g. Sin embargo, a diferencia de la respuesta humoral, la respuesta celular no se potencia con una segunda dosis de la vacuna. Para la vacuna de AstraZeneca, los datos actuales han determinado su aprobación 82 países. En Uruguay se administra al grupo etario mayor de 60 años.

RECOMENDACIONES DE LA SOCIEDAD DE GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY - SGU

La SGU ha evaluado y analizado toda la información disponible y ha considerado las recomendaciones de organizaciones e instituciones de gran prestigio. Dada la evidencia acumulada a la fecha, no existen razones específicas para considerar que los potenciales riesgos de las vacunas contra COVID-19 utilizadas durante el embarazo puedan ser superiores a los efectos graves provocados por la infección por el COVID-19 en la embarazada. En ese sentido creemos importante considerar los riesgos individuales dado por comorbilidades (patologías médicas) que incrementan los resultados adversos maternos perinatales, y por otro lado el riesgo asociado a la probabilidad de adquirir la infección ya sea en poblaciones específicas (trabajadoras de salud, residentes de instituciones de larga estadía) y por el riesgo dado por la alta transmisión comunitaria (situación epidemiológica actual TC4 de clasificación de la OMS). Es por eso que la SGU recomienda a sus asociados ofrecer toda la información disponible a la fecha en relación a la seguridad de las vacunas, los datos limitados de estudios en embarazadas, la identificación de los grupos de riesgo, así como los potenciales eventos adversos asociados a la infección por COVID-19 que se agravan durante el embarazo. La usuaria en última instancia tendrá la decisión final, la cual debe

ser realizada con la mejor información disponible. Actualmente no disponemos de datos que permita recomendar el uso de una vacuna contra la COVID-19 en particular (administrándose en Uruguay de acuerdo al grupo etario y grupo de riesgo laboral las vacunas Sinovac Biotech o Pfizer/BioNTech).

De igual manera, la vacunación en población de mujeres que amamantan se considera eficaz y segura, por lo cual no se recomienda suspender ni retrasar el inicio de la lactancia al ser administrada la vacuna contra el COVID-19.

En el caso de aquellas embarazadas que cumplan en forma estricta el aislamiento con baja probabilidad de exposición a la transmisión comunitaria (considerando a los contactos familiares como potenciales fuentes de infección transmitida desde la comunidad) podrán optar por no vacunarse.

La Comisión Directiva de la SGU quiere enfatizar en este comunicado la importancia que la población general proceda en base al cronograma planificado por el MSP a la vacunación contra el COVID-19 ya que la evidencia actual es abrumadora en relación al beneficio, tanto individual como colectivo, así como que se exhorta a tomar las medidas recomendadas por las autoridades sanitarias ya sea para mantener la seguridad individual (mascarilla, higiene de manos, etcétera) como mantener las medidas el distanciamiento social el mayor periodo posible.

CONSIDERACIONES GENERALES EN RELACIÓN A LA VACUNA CONTRA COVID-19, EMBARAZO Y LACTANCIA

- La información en relación a las vacunas y riesgos relacionados al COVID-19 y embarazo deben ser dados en forma clara por parte de los profesionales tratantes. La decisión de vacunarse será *finalmente de la usuaria*.
- Las vacunas COVID-19 serán recomendadas a embarazadas que presenten:
 - Comorbilidades médicas. Las siguientes condiciones médicas son consideradas de alto riesgo: enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, patología cardiovascular, obesidad (IMC > 30 Kg/m²), fumadoras y diabetes mellitus tipo I. Otras condiciones médicas deben ser valoradas por el ginecotocólogo tratante.
 - Riesgos laborales o institucionales (personal del área médica, de instituciones con larga estadía, etc)
 - Riesgos de exposición por COVID-19 a nivel comunitario, siendo la tasa de transmisión actual alta (TC4).
- Aquellas embarazadas que cumplan en forma estricta el aislamiento con baja probabilidad de exposición a la transmisión comunitaria (considerando los contactos familiares) podrán optar por no vacunarse.
- Si bien no existen evidencias de teratogenicidad por parte de las vacunas y en vistas a evitar las complicaciones asociadas a COVID-19 en la segunda mitad del embarazo, la embarazada podrá optar por recibir la vacuna a partir de las 12 semanas de edad gestacional.
- La vacunación inadvertida en una mujer embarazada no debe generar ansiedad ni condicionamientos médicos dado que la evidencia existente –por la tecnología utilizada o la evidencia en vacunas similares – no ha demostrado ningún efecto adverso.
- En caso de sospecharse anafilaxia luego de recibir la vacuna del COVID-19, el manejo clínico debe ser similar a la mujer no embarazada.
- Embarazadas que experimenten el raro evento de fiebre luego de recibir la vacuna, deben ser asesoradas para recibir paracetamol (500 mg – 1 g). El paracetamol ha demostrado ser seguro para su uso durante el embarazo y no hay evidencia que impacte en la respuesta inmune en las vacunas contra el COVID-19.
- La vacuna COVID-19 no debe ser administradas en periodos de tiempo menor a 14 días si recibió otra vacuna.
- Las embarazadas deben ser vacunadas oportunamente con la vacuna contra la gripe y contra la tos convulsa (considerar 14 días de distanciamiento con vacuna COVID-19).
- No es necesario realizar pruebas de rutina para descartar el embarazo antes de vacunarse contra el COVID-19.
- No es necesario que las mujeres que están tratando de quedar embarazadas eviten el embarazo luego de recibir una vacuna contra el COVID-19. De igual manera, aquellas que se encuentren en tratamiento por fertilidad no deben posponer la vacunación cuando le corresponda.
- La vacunación en mujeres que amamantan se considera eficaz y segura, por tanto, no debe posponerse el inicio de la lactancia ni interrumpir la lactancia materna al administrar las vacunas contra el COVID-19 disponibles en nuestro medio.

Fecha de actualización 8 de abril de 2021

Bibliografía base

- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaccinating pregnant and lactating patients against COVID-19. 2021 [updated March 4 2021]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19>.
- ACOG. COVID-19 Vaccines and Pregnancy: Conversation Guide for Clinicians. <https://www.acog.org/covid-19/covid-19-vaccines-and-pregnancy-conversation-guide-for-clinicians>
- Adhikari EH, Spong CY. COVID-19 Vaccination in Pregnant and Lactating Women. *Jama*. 2021.
- FIGO. International Federation of Gynecology and Obstetrics. COVID-19 Vaccination for Pregnant and Breastfeeding Women. 2021 [updated March 2 2021]. Available from: <https://www.figo.org/covid-19-vaccination-pregnant-and-breastfeeding-women>.
- Grupo ad-hoc a la Comisión Nacional Asesora de Vacunaciones. Vacunas contra SARS-CoV-2 COVID 19. Aportes para la consideración de su uso en Uruguay. 2021 https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2021/GACH/INFORMES/vacunas_SARS-CoV2.pdf
- Munoz FM. Can We Protect Pregnant Women and Young Infants From COVID-19 Through Maternal Immunization? *JAMA pediatrics*. 2021.
- Oliver SE, Gargano JW, Marin M, Wallace M, Curran KG, Chamberland M, et al. The Advisory Committee on Immunization Practices' Interim Recommendation for Use of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine - United States, December 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(50):1922-4.
- RCOG. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. COVID-19 vaccines, pregnancy and breastfeeding. 2021 [updated February 11 2021]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/covid-19-vaccines-and-pregnancy/covid-19-vaccines-pregnancy-and-breastfeeding/>.
- Rasmussen SA, Kelley CF, Horton JP, Jamieson DJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccines and Pregnancy: What Obstetricians Need to Know. *Obstetrics and gynecology*. 2021;137(3):408-14.
- Riley LE, Jamieson DJ. Inclusion of Pregnant and Lactating Persons in COVID-19 Vaccination Efforts. *Annals of internal medicine*. 2021.
- SMFM. Society for Maternal Fetal Medicine. Provider Considerations for Engaging in COVID-19 Vaccine Counseling With Pregnant and Lactating Patients 2021 [updated March 3 2021]. Available from: [https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2838/Provider_Considerations_for_Engaging_in_COVID_Vaccination_Considerations_3-3-21_\(final\).pdf](https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2838/Provider_Considerations_for_Engaging_in_COVID_Vaccination_Considerations_3-3-21_(final).pdf).

**El secreto de continuar
tan femenina y natural....**

ColpoEstriol[®] *estriol*

**Dos efectivas alternativas
para un tratamiento completo**



**La alternativa
estrogénica natural**


TEMIS LOSTALO
Excelencia farmacéutica

Gador 
Al Cuidado de la Vida



Líder mundial
en anticoncepción

Anticoncepción *para cada mujer*



POR MAYOR INFORMACIÓN DIRIGIRSE AL DEPARTAMENTO MÉDICO DE BAYER (0800 2104) O AL PROSPECTO DEL PRODUCTO.

Listado de información sobre vacunación contra COVID-19 en el embarazo para Especialistas en Ginecología y Obstetricia

Notificación COVID-19 – N° 3 (8/4/2021)

Sociedad Ginecotocológica del Uruguay

La SGU recomienda que la mujer embarazada sea libre de tomar su decisión (en función de su autonomía) en relación a las vacunas contra COVID-19 y por tanto se estimula a que se discuta entre ellas y el profesional tratante toda la información disponible a la fecha. Aunque los datos relacionados a la vacunación en el embarazo son limitados, no hay elementos para considerar que puedan existir afectación de la seguridad, y el beneficio está relacionado con la morbilidad ocasionada por el COVID-19.

El siguiente listado está destinado a orientar la entrega de información en relación a los riesgos y beneficios de la vacunación contra COVID-19 a las embarazadas.

RIESGO DE INFECCIÓN POR COVID-19 DURANTE EL EMBARAZO

- Si bien el riesgo absoluto es bajo, el embarazo se asocia con un mayor riesgo de enfermedad materna grave pudiendo asociarse con: necesidad de ingresar a Cuidados Intensivos, requerir ventilación mecánica, y mayor mortalidad.
- Este riesgo es mayor cuando la embarazada tiene problemas de salud subyacentes (comorbilidades) como ser diabetes pregestacional, obesidad, enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y edad avanzada.
- También se ha reportado que las embarazadas con infección COVID-19 tiene mayor riesgo de tener preeclampsia a nivel ma-

terno, y prematuridad, rotura de membranas y muerte fetal a nivel perinatal.

SEGURIDAD DE LAS VACUNAS CONTRA COVID-19

- Las vacunas contra COVID-19 se realizaron siguiendo todos los estándares solicitados para el diseño de vacunas, incluido la realización de estudios en fase III (terminados o en proceso) que demuestran la seguridad y eficacia.
- Sin embargo, las mujeres embarazadas no se incluyeron en los ensayos clínicos originales, y actualmente se están realizando estudios que incluyan específicamente a esta población.
- Los estudios en modelos animales sobre toxicidad en el embarazo no han demostrado problemas de seguridad a nivel materno, fetal y del recién nacido.
- Varias instituciones prestigiosas internacionales y los fabricantes de las vacunas vienen recopilando datos sobre la observación en las embarazadas que fueron vacunadas (por desconocimiento del embarazo al momento de la vacuna o por decisión de la embarazada de recibir la vacuna). En base a esta información, no se han observado elementos que alerten que las vacunas no son seguras.
- Basado en el mecanismo de acción de estas vacunas y la seguridad y eficacia demostradas en los ensayos clínicos de Fase II y Fase III, se espera que el perfil de seguridad y eficacia de la vacuna para embarazadas sea similar al observado en no embarazadas.
- Ninguna de las vacunas COVID-19 disponibles en la actualidad se han asociado con problemas de fertilidad.
- Los efectos adversos descritos para la po-

blación adulta (no embarazada) son similares a los descritos en la población de embarazadas (pe. dolor en el lugar de la inyección, fiebre, dolor muscular, dolor en las articulaciones, dolores de cabeza y fatiga).

- El paracetamol se recomienda para mujeres embarazadas que experimentan fiebre o, si lo desean, para otros efectos secundarios. Estos efectos secundarios son una parte normal de la reacción del cuerpo a la vacuna y el desarrollo de anticuerpos para proteger contra la enfermedad COVID-19.

EFICACIA DE LAS VACUNAS COVID-19

- No hay datos disponibles durante el embarazo, pero es probable que tengan una eficacia similar a la de los adultos no embarazadas.
- Todas las vacunas COVID-19 disponibles actualmente han demostrado una alta eficacia en los ensayos clínicos (fase II/III).
- Existe información reciente que las mujeres que recibieron la vacunación durante el embarazo en forma completa, presentan niveles elevados de anticuerpos contra el COVID-19 en sangre materna y también a nivel del neonato, lo cual se presume que genera una protección adicional durante los primeros meses de vida del recién nacido.
- Las personas deben recibir cualquiera de las vacunas aprobadas en forma completa (y recomendadas para su grupo poblacional) para lograr un alto nivel de protección.
- Las vacunas pueden prevenir la enfermedad grave de COVID-19.
- A la fecha se desconoce la duración de la protección que genera.

RIESGO INDIVIDUAL DE LA PACIENTE EMBARAZADA SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS

Se debe considerar:

- La eficacia de la vacuna
- La seguridad de la vacuna para la paciente embarazada y el feto.
- El riesgo y la posibilidad de enfermedad materna grave, incluyendo los riesgos feto-neonatales.
- El nivel de transmisión comunitaria (escenario epidemiológico)
- La capacidad del individuo de limitar o minimizar las exposiciones (distanciamiento social, transporte, entorno del trabajo, posibilidad de contagio del grupo familiar por miembro expuesto).

APOYO CONTINUO

El profesional aceptará la decisión tomada por la paciente embarazada y apoyará en su decisión a aquella que decida no vacunarse. Independientemente de su decisión de recibir o no la vacuna, estas discusiones en el consultorio brindan la oportunidad de recordar a las pacientes la importancia de otras medidas de prevención como:

- Llevar siempre tapaboca.
- Lavarse las manos en forma adecuada (agua y jabón 20 seg. / desinfectante > 60% de alcohol)
- Mantener distancias de 1,5 metros con otros individuos
- Evitar aglomeraciones y multitudes.
- Seguir los lineamientos de las medidas recomendadas por las autoridades nacionales sanitarias.
- Seguir los protocolos disponibles en las diferentes áreas acorde a las recomendaciones sanitarias.

Bibliografía base

- ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaccinating pregnant and lactating patients against COVID-19. 2021 [updated March 4 2021]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/12/vaccinating-pregnant-and-lactating-patients-against-covid-19>.
- ACOG. COVID-19 Vaccines and Pregnancy: Conversation Guide for Clinicians. <https://www.acog.org/covid-19/covid-19-vaccines-and-pregnancy-conversation-guide-for-clinicians>
- FIGO. International Federation of Gynecology and Obstetrics. COVID-19 Vaccination for Pregnant and Breastfeeding Women. 2021 [updated March 2 2021]. Available from: <https://www.figo.org/covid-19-vaccination-pregnant-and-breastfeeding-women>.
- RCOG. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. COVID-19 vaccines, pregnancy and breastfeeding. 2021 [updated February 11 2021]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-womens-health/covid-19-vaccines-and-pregnancy/covid-19-vaccines-pregnancy-and-breastfeeding/>.
- SMFM. Society for Maternal Fetal Medicine. Provider Considerations for Engaging in COVID-19 Vaccine Counseling With Pregnant and Lactating Patients 2021 [updated March 3 2021]. Available from: [https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2838/Provider_Considerations_for_Engaging_in_COVID_Vaccination_Considerations_3-3-21_\(final\).pdf](https://s3.amazonaws.com/cdn.smfm.org/media/2838/Provider_Considerations_for_Engaging_in_COVID_Vaccination_Considerations_3-3-21_(final).pdf).

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vitoreira, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Lunes 3 de mayo

Test de HPV en Uruguay.

Dificultades en la implementación e interpretación de resultados

Dr. Guillermo Rodríguez. Moderadora: Dra. Natalia Pérez

Jueves 13 de mayo

Actualización en el tratamiento del climaterio

Dra. Alma Martínez. Moderadora: Dra. Nancy Murillo



Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay: Sin costo

Análisis de las conductas sexuales de riesgo en un grupo estudiantes de medicina del Hospital de Clínicas

Hospital de Clínicas, Universidad de la República
Montevideo, Uruguay
Clínica Ginecotocológica B, Prof. Dr. Washington Lauría

**Florencia Feldman¹, Stephanie Pereyra², Vanessa Venturini²,
Natalie Alvarez², Romina Pereira², Luciana Correa², Grazzia Rey³**

Resumen

La falta de uso de métodos anticonceptivos de barrera, la actividad sexual con múltiples parejas y la práctica de relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas, son tres aspectos claves a la hora de conceptualizar conductas sexuales de riesgo. La correcta y oportuna educación en temas de salud sexual y reproductiva permite fomentar conductas saludables y responsables desde el inicio, disminuyendo la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. El objetivo de este estudio es analizar las actitudes, conductas y prácticas sexuales de un grupo de estudiantes de Medicina del Hospital de Clínicas de Montevideo. De esta forma pode-

mos estimar las conductas de riesgo al que se encuentran expuestos. Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo transversal por muestreo aleatorio simple que incluyó 414 estudiantes del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina. El 85,7% de los encuestados recibieron clases de educación sexual a lo largo de su vida, siendo la principal fuente de conocimientos obtenidos en centros educativos. En relación al inicio de relaciones sexuales, el 96,6% respondió de manera afirmativa, iniciando entre los 16 a 17 años. Un 72,9% refiere utilizar siempre método anticonceptivo. El 73,4% de los encuestados se ha realizado, alguna vez, una prueba para detectar infecciones de transmisión sexual. El 11,8% tuvo una infección de transmisión sexual a lo largo de su vida, siendo principalmente el HPV. Dentro de las mujeres encuestadas, un 96,4% ha concurrido en algún momento a consulta ginecológica, de las cuales un 89,5% se ha realizado colpocitología oncológica. Se concluye que es fundamental poder fomen-

1 Asistente Clínica Ginecotocológica "B", Prof. Dr Washington Lauría, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

2 Estudiante de Pregrado Facultad de Medicina, Udelar

3 Profesora Agregada Clínica Ginecotocológica "B", Prof. Dr Washington Lauría, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Correspondencia: flofel_0236@hotmail.com

Recibido: 15/02/2021. Aceptado: 30/03/2021

tar la educación de salud sexual y reproductiva en todos los niveles de prevención y lo que respecta a promoción en salud, si bien los alumnos de medicina tuvieron una baja incidencia de factores de riesgo, una minoría mostró debilidad en algunos aspectos.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, conductas sexuales, medicina, estudiantes, riesgo en salud sexual y reproductiva.

Abstract

The lack of use of barrier contraceptive methods, sexual activity with multiple partners and the practice of sexual relations under the influence of alcohol or other drugs, are three key aspects when conceptualizing risky sexual behaviors. Correct and timely education on sexual and reproductive health issues allows promoting healthy and responsible behaviors from the beginning, reducing the prevalence of sexually transmitted diseases and unwanted pregnancies.

The objective of this study is to assess the sexual attitudes, behaviors and practices of the Medicine students of the Hospital de Clínicas de Montevideo, and thus estimate the risk to which they are exposed. For this, a descriptive, cross-sectional observational study was carried out by simple random sampling that included 414 students from the Hospital de Clínicas of the Faculty of Medicine. 85.7% of those surveyed received sex education classes throughout their lives, being the main source of knowledge obtained in educational centers. Regarding the beginning of sexual relations, 96.6% answered affirmatively, starting between 16 and 17 years of age. 72.9% refer to always using a contraceptive method. 73.4% of those surveyed have ever had a test to detect sexually transmitted infections. 11.8% had a sexually transmitted infection

throughout their lives, mainly HPV. Among the women surveyed, 96.4% have attended a gynecological consultation at some point, of which 89.5% have undergone oncological colposcopy.

It is concluded that it is essential to be able to promote sexual and reproductive health education at all levels of prevention and with regard to health promotion, although medical students had a low incidence of risk factors, a minority showed weakness in some aspects.

Key words: Sexual and reproductive health, sexual behaviors, medicine, students, risk in sexual and reproductive health.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define salud sexual y reproductiva como el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Esta es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr el enriquecimiento positivo de la personalidad humana.¹

La salud de los jóvenes, incluyendo su salud sexual y reproductiva, es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios, sin embargo, con demasiada frecuencia, las necesidades y los derechos de estos no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud excepto cuando su conducta es inadecuada.²

Por otro lado, la conducta sexual se define como el conjunto de actitudes tendientes a estimular el erotismo personal y de la pareja y la misma debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo. Esta última, se define

como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de embarazo no deseado o la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.³

Parece importante resaltar que la adolescencia es la etapa más crítica en cuanto a cambios de todo tipo, es la etapa de redefinición sexual, cambios corporales, cambios en los vínculos afectivos y la relación con los demás, y que se va a ver mediatizado por factores biológicos, socioculturales e interpersonales. Comienza con la pubertad, pero su finalización no es tan clara, aunque se considera que termina al acceder al estado de adulto con la formación de una familia o incorporación al mundo laboral.⁴

Los estilos de vida de la gente joven envuelven, por lo general, comportamientos más riesgosos que la población adulta. La mayoría de los jóvenes alcanzan la madurez sexual mucho antes de alcanzar la madurez emocional, cognitiva o social, lo que se asocia frecuentemente con inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad y uso inadecuado o no uso de anticonceptivos. Sin embargo, a pesar de las similitudes que existen entre los jóvenes en general, las diversas creencias culturales y sociales modulan los comportamientos sexuales diferentes.⁵

La educación sexual consiste en la modificación, reforma, elaboración, suscitación, excitación e incitación a la creación y cambio de actitudes humanizadas y comprensivas de la sexualidad. Hoy día se sabe que la mejor manera de impartir educación sexual es a través de los pares o iguales y desde la escuela, con los maestros y maestras como agentes principales.⁶

Como consecuencia de estas conductas sexuales de riesgo, la Organización Mundial

de la Salud estima que cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Se estima que, anualmente, unos 357 millones de personas en el mundo contraen alguna de las cuatro siguientes infecciones de transmisión sexual: clamidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones). Así como también, el número de personas con infección genital por el virus del herpes simple genital supera los 500 millones y en este momento hay en el mundo más de 290 millones de mujeres infectadas con el virus del papiloma humano, una de las infecciones de transmisión sexual más comunes y reconocida como la principal etiología del cáncer de cuello de útero.⁷

Más allá del efecto inmediato de la infección en sí misma, las infecciones de transmisión sexual pueden tener consecuencias graves teniendo efectos profundos en la salud sexual y reproductiva en todo el mundo y figuran entre las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.⁷

En el mundo, las tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual se reportan entre 20 y 24 años de edad, seguidas por los adolescentes entre 15 y 19 años. Se estima que el 28% de las jóvenes son positivo a alguna infección de transmisión sexual.⁸

Datos epidemiológicos evidencian que el crecimiento del VIH/SIDA en la juventud (15 a 24 años) continúa siendo significativo y preocupante. La tasa entre los hombres es superior a la de las mujeres, llegando hasta 2,5 veces mayor en el último año para el grupo de edad de 20 a 24 años. Se observa un aumento de la tasa de detección principalmente entre hombres con 15 a 24 años. De 2005 a 2014 la tasa entre los jóvenes del sexo masculino de 15 a 19 años más que triplicó (de 2,1

para 6,7 casos por 100 mil habitantes) y entre los de 20 a 24, casi se duplicó (de 16,0 para 30,3 casos por 100 mil habitantes).⁹

A su vez, estudios han evidenciado que el uso de bebidas alcohólicas y de drogas lícitas e ilícitas puede estar relacionado con el aumento del número de parejas sexuales. El uso frecuente de tabaco o marihuana, y haber tenido relación sexual de forma no planificada bajo la influencia de alcohol aumenta la posibilidad de tener múltiples parejas para hombres y mujeres como también aumenta la frecuencia de relaciones sexuales sin protección.¹⁰

Los **objetivos** del estudio son analizar las conductas, actitudes y prácticas sexuales de los estudiantes de Medicina de cuarto, quinto y sexto año del Hospital de Clínicas de Montevideo, destacando que no existen estudios anteriores que evalúen estos puntos: es de suma importancia conocer las actitudes de la población que posteriormente atenderá al resto de la comunidad, así como la educación con la que cuentan de salud sexual y reproductiva en el ámbito de la Facultad de Medicina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal por muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos se confeccionó un cuestionario específico y realizó consentimiento informado, el cual incluyó: información básica del participante (sexo, edad y medio socioeconómico) y preguntas de opción múltiple para valoración de: conductas sexuales (15 preguntas) control clínico (8 preguntas), educación sexual (2 preguntas).

La encuesta fue aplicada a estudiantes de Facultad de Medicina de Montevideo del

Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela» en el año 2019. Se tomaron como criterios de inclusión aquellos que estén cursando cuarto, quinto y sexto año de la carrera, y fueron criterios de exclusión aquellos estudiantes que no otorgaron el consentimiento para participar en el estudio. Estos fueron invitados a realizarla de forma electrónica mediante el llenado anónimo de un formulario Google.

El estudio cuenta con la aprobación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela».

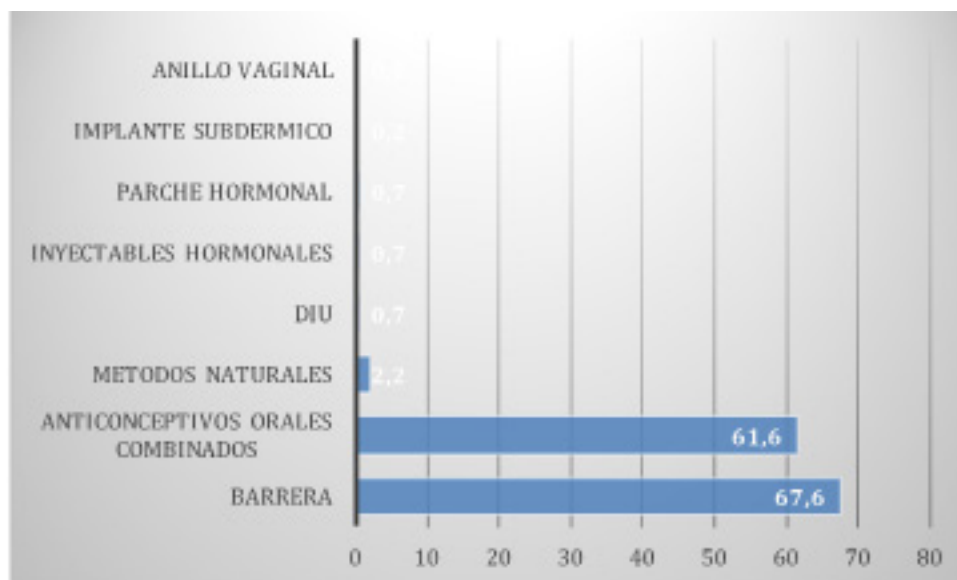
RESULTADOS

Se invitó a participar a la totalidad de los alumnos que cursaban el año electivo de cuarto, quinto y sexto de Facultad de Medicina en el año 2019 en el Hospital de Clínicas. Siendo un total de 900 alumnos. De éstos se incluyó 414 estudiantes que fueron los que respondieron a la encuesta y se excluyó 486 dado que no contestaron la misma. Por lo que nuestro $N = 414$. El 73,2% de los estudiantes fue de sexo femenino y en un 26,6% del sexo masculino.

Las edades de los estudiantes estuvieron entre los 20 años y 35 años, con una media de 23 años. Del total de encuestados, 52,4% era procedente del interior del país, 49,5% estaba cursando actualmente sexto año, 35% quinto año y 15,5% cuarto año. En cuanto a la educación de la madre, el 44,2% cursó estudios universitarios, un 33,8% tiene secundaria completa, el 21,5% primaria completa y 0,5% de las madres no cuentan con ningún estudio. En lo que respecta a los padres de los estudiantes encuestados, un 34,3% tiene estudios universitarios, 30,4% secundaria completa, 33,8% primaria completa y un 1,4% no posee ningún estudio.

Figura 1.

Utilización métodos anticonceptivos.



El 85,7% de los encuestados recibió clases de educación sexual en algún momento de su educación básica. Del total de encuestados, 53,9% tuvieron, como su principal fuente de conocimientos en sexualidad, métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, los centros educativos mientras que un 16,4% de los encuestados recibieron la información por parte de madre o padre, 10,1% la recibieron mediante internet, 9,4% desde el centro de salud, 7,7% por amigos y 2,4% por otro familiar. El 84,8% refirió haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva durante la carrera de Medicina.

En relación al inicio de relaciones sexuales, el 96,6% respondió de manera afirmativa, siendo la primera relación sexual con pareja estable en un 62,6% de los casos, pareja casual en un 29,5% y trabajador/a sexual en un 1,2%. 43% de los estudiantes inició las relaciones sexuales entre los 16 a 17 años, pero desde los 12 años ya se reportaron estudiantes iniciados sexualmente.

Respecto al número de parejas sexuales a lo largo de su vida, 16,9% tuvo una única pareja sexual, 11,6% tuvo 3 o más parejas sexuales en su vida y 6,8% tuvo 20 o más parejas sexuales. En el último año el 60,9% ha mantenido relaciones sexuales con una única pareja.

En lo que refiere a la orientación sexual, el 89,4% de los estudiantes encuestados es heterosexual, un 6,3% bisexual y un 4,1% homosexual. Un 72,9% refiere utilizar siempre método anticonceptivo, 21% utiliza, pero no en cada relación sexual y un 2,2% no usa nunca. El 67,6% utiliza métodos de barrera, siendo el preservativo masculino en el 67,4% de los casos y el preservativo femenino un 0,2%; 61,6% utiliza anticonceptivos orales, 2,2% utiliza métodos naturales, 2,4% utiliza DIU, 0,7% inyectables hormonales, 0,7% parche hormonal, 0,5% implante subdérmico y 0,2% anillo vaginal (**Figura 1**).

Esta gráfica muestra el porcentaje de los diferentes métodos anticonceptivos utilizados por este grupo estudiado.

En cuanto a la frecuencia con la que utilizan preservativos durante las relaciones sexuales, el 39,9% usa métodos de barrera pero no siempre, el 34,1% usa siempre y el 24,2% no usa nunca. En relación al sexo oral, el 78% no utiliza nunca preservativo, el 9,9% a veces, el 9,7% no practica sexo oral y solamente un 2,4% utiliza siempre preservativo durante el mismo. En cuanto al sexo anal, el 66,7% no realiza esta práctica, el 14,5% no usa nunca preservativo, 11,8% usa siempre método de barrera y el 7% a veces.

Por otra parte se indagó acerca del uso de preservativo femenino. Solamente un 4,6% alguna vez utilizó este método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales.

En lo que respecta a las conductas sexuales de riesgo, un 24,4% mantuvo relaciones sexuales sin protección bajo la influencia de alcohol o drogas; un 11,8% alguna vez estuvo bajo el efecto de drogas y/o alcohol y no recuerda si utilizó preservativo.

En cuanto a la planificación familiar el 5,1% alguna vez tuvo un embarazo no buscado.

El 73,4% de los encuestados alguna vez se ha realizado una prueba para detectar una infección de transmisión sexual. El 11,8% tuvo alguna vez una infección de transmisión sexual a lo largo de su vida.

Dentro de las mujeres encuestadas, un 96,4% ha concurrido en algún momento a consulta ginecológica, de las cuales un 89,5% se ha realizado colpocitología oncológica con técnica de Papanicolaou (PAP). El resto de las encuestadas que nunca se ha realizado PAP a lo largo de su vida: 4,3% relata haber sido por no concurrir nunca a un control ginecológico, 2,6% por miedo al procedimiento, 3,9% por no tener indicación médica (no inicio de relaciones sexuales o menores de 21 años).

DISCUSIÓN

Actualmente, la educación sexual ha comenzado a ser considerada un pilar importante en la enseñanza de los centros educativos de Uruguay, sin embargo, son pocos los estudios que se proponen analizar las conductas sexuales prevalentes a nivel de las distintas franjas etarias de la población.

Los resultados de este trabajo ponen a disposición de la comunidad científica un instrumento que identifica las distintas prácticas sexuales en los jóvenes de entre 20 y 35 años en relación a los métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual. Para poder proyectar una serie de intervenciones es necesario entender cada uno de los resultados y establecer las estrategias correspondientes a los hallazgos de la encuesta y así lograr promover un cambio en las condiciones de salud sexual y reproductiva de estos estudiantes.

El perfil de nuestros estudiantes encuestados difiere en edad con respecto a otros estudios, donde su población ronda los 13 a 18 años, aproximadamente.¹¹ La mayoría corresponden a estudiantes procedentes del interior, lo cual permite valorar las diferencias de educación respecto a la capital del país.

Con respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, los resultados son muy similares con otros estudios, donde se obtuvo un promedio de inicio entre los 15 y los 16 años.¹² Esto es relevante para valorar la edad aproximada para el inicio de la educación sexual conociendo que, actualmente, la misma se inicia cada vez en etapas más tempranas, y ya desde la educación primaria los alumnos y alumnas comienzan a recibir formación sobre sexualidad responsable y planificación familiar. No obstante, la realidad es que debemos cuestionarnos muchas veces

la efectividad de esta información, ya que estudios previos han observado que a pesar del fácil acceso que existe actualmente, una vez incorporados al ámbito universitario se siguen observando conductas de riesgo en los jóvenes.¹³

La mayoría de los jóvenes de hoy en día entienden y asumen que la salud sexual y reproductiva es un derecho pero también una gran responsabilidad, tal como lo corroboran diferentes estudios.^{14;15}

En contraste con otros estudios¹⁷, donde la educación sexual fue obtenida a través de los padres, más de la mitad de los encuestados de este estudio la obtuvo a través de los centros educativos.

En relación al uso de métodos anticonceptivos, un alto porcentaje siempre hace uso de algún método. De ellos, el más empleado es el método de barrera, y en segundo lugar los anticonceptivos orales. Con respecto al método de barrera, es ampliamente más utilizado el condón masculino, y menos del 1% usa el condón femenino. Destacando que este último es un método de alta calidad, el cual se debería aconsejar y promover con más énfasis, ya que su uso ha demostrado apoyar la autonomía de la mujer y por lo tanto fomentar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres considerando que este no se encuentra disponible en todos los centros y farmacias siendo de menor acceso que el preservativo masculino.

Revisiones realizadas por Sani¹⁷ et al. y López¹⁶ et al. manifiestan que los jóvenes que habían participado en programas formativos durante su etapa escolar o universitaria mostraron un mayor uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos en la última relación durante el año siguiente a la formación.

Respecto al uso de preservativo durante

el sexo oral, se vio que un escaso porcentaje de los encuestados lo utilizaba. En cuanto a esto, la realidad es que solo existe una forma de practicar sexo oral sin riesgo de contraer una infección de transmisión sexual y es mediante el uso de preservativo, ya que el contagio existe a través de las mucosas de los genitales, recto y garganta siendo un punto fundamental en la educación y prevención de conductas de riesgo sexual.

Respecto a la práctica de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y/o diferentes drogas, un porcentaje considerable no recuerda si utilizó protección. Esto es relevante considerando las consecuencias que puede generar la actitud inconsciente e irresponsable frente a la práctica sexual.

Respecto al control ginecológico un porcentaje considerable concurre al mismo y se realiza periódicamente tamizaje de cáncer de cuello uterino.

Por último, es importante destacar que más de una cuarta parte de los encuestados nunca se realizó un test rápido o cualquier otro método de detección de infecciones de transmisión sexual considerando que existen actualmente múltiples campañas donde estos se realizan de manera gratuita. Por lo tanto, es fundamental promoverlas y hacer énfasis en ellas a modo de concientizar sobre la importancia de conocer nuestra serología tanto por nuestra propia salud como también por la implicancia en la de los demás.

La salud sexual y reproductiva depende entonces, no solo de factores estructurales y ambientales, sino también de las formas de crianza y de las cadenas de transmisión intergeneracional de conocimientos y valores sociales respecto al significado de las relaciones sexuales, el embarazo, las relaciones afectivas y el cuidado de la salud, facto-

res que deben ser considerados en las políticas públicas, pero que deben ser abordados de manera eficaz en la vida cotidiana.

Los estudiantes de medicina del Hospital de Clínicas, si bien se presupone que poseen un nivel alto de conocimientos sobre el tema, no asumen con autonomía la salud sexual y reproductiva, esto podría deberse a que no tienen plena interiorización o conciencia sobre los riesgos a los que se exponen mediante las prácticas sexuales sin protección y también a la deficiencia de autocuidado. Esta condición se expresa, principalmente, en la discrepancia de respuestas respecto a las diferentes variables que simbolizan una autopercepción de autonomía y apropiación de los temas de salud y reproducción, pero con niveles de aplicación alarmantes al valorar aspectos como el apoyo familiar, las fuentes de información, el papel de la formación en salud y el devenir de las propias prácticas sexuales relacionadas con sus proyectos de vida.

CONCLUSIONES

Este estudio, es el primero de esta magnitud realizado en Uruguay en Estudiantes de Medicina.

Concluyendo según nuestra perspectiva, lo más importante es poder fomentar la educación de salud sexual y reproductiva en todos los niveles de prevención, tanto primaria, secundaria, terciaria y lo que respecta a promoción en salud, ya que si bien los alumnos de medicina tuvieron una baja incidencia de factores para conductas sexuales de riesgo, una minoría mostró debilidad. Por lo tanto tendríamos que reforzar desde la facultad conceptos básicos respecto a conductas sexuales saludables para formar estos futuros profesionales.

En cuanto lo que respecta a Facultad de Medicina como institución, consideramos que se debería incluir dentro de la malla curricular la educación de salud sexual y reproductiva, ya que es un tema que nos involucra a todos, como también tener estos conocimientos para la atención en los pacientes.

Para finalizar, este estudio presentó una única limitación: no logramos que la totalidad de los estudiantes respondieran la encuesta.

Agradecimientos

Agradecemos a los estudiantes y a los cateóricos de cada clínica del Hospital de Clínicas «Dr. Manuel Quintela».

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. 2015 [citado el 9 de mayo de 2019]; Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Peña Borrego M, Torres Esperón JM, Pérez Lemus F, Ramírez Castro TA, Pría MC. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev Cubana Enfermer. [Internet]. 2005 [citado 2019 May 9]; 21(1):1-1 p. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009
3. Espada Sánchez JP, Quiles Sebastián MJ, Méndez Carrillo FX. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. Papeles Psicol. [Internet]. 2003;24(85):29-36. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>.
4. Cabello Santamaría F. Sexualidad y ciclo vital: La adolescencia. Manual de sexología y terapia sexual. España: Síntesis. 2010. p.62-72.
5. Ruiz Sternberg AM, Latorre Santos C, Beltrán Rodríguez J, Ruiz Sternberg J, Vélez van Meerbeke A. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en una población universitaria. Rev Sogia. [Internet]. 2005;12(3):86-93. Available from: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII3conocimientos.pdf>

6. Cabello Santamaría F. Introducción a la sexología: Ámbito de intervención de la sexología. Manual de sexología y terapia sexual. España: Síntesis. 2010. p.17-24
7. Organización Mundial de la Salud Infecciones de transmisión sexual. [Internet]. 2019; [citado el 19 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
8. Capote Rodríguez A, Martín Alexander C, García Milian AJ, Pérez Piñero JS. Necesidades educativas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes de La Habana Vieja, Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Jun [citado 2019 Oct 17]; 43(2):166-179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200004&lng=es.
9. Cabello Santamaría F. Introducción a la sexología: Derechos sexuales. Manual de sexología y terapia sexual. España: Síntesis. 2010. p.25-26
10. de Dios Moccia A, Medina Milanés R. Qué saben las adolescentes acerca de los métodos anticonceptivos y cómo los usan. Estudio en una población adolescente de Piedras Blancas. Rev Méd Urug. [Internet]. 2006 Sep [citado 2019 Oct 30]; 22(3):185-190. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902006000300004&lng=en
11. Cutié JR, Laffita A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. Rev Chil Obstet Ginecol. [Internet]. 2005 [citado 2019 Oct 17]; 70(2):83-86. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200004>
12. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2009.
13. Colomer Revuelta J y Grupo Previnfad. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7(1):77-79.
14. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Contreras Palú ME, Perdomo Cáceres B. Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. Rev Cubana Salud Pública. [Internet]. 2013; 39(1):161-174. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015&lng=es.
15. Peña Borrego M, Torres Esperón JM, Pérez Lemus F, Ramírez Castro TA, Pría MC. Conocimientos y comportamientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2005 Abr [citado 2019 Oct 17]; 21(1):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100009&lng=es.
16. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Tolley EE. School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jun 29; (6): CD012249. doi: 10.1002/14651858. CD012249.
17. Sani AS, Abraham C, Denford S, Ball S. School-based sexual health education interventions to prevent STI/ HIV in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2016;16(1):1069. doi: 10.1186/s12889-016-3715-4.

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vitureira, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Lunes 24 de mayo

Anticoncepción en la adolescencia. ¿Qué hay de nuevo?

Dra. Deborah Laufer - Dra. Soledad Estefan. Moderadora: Dra. Mónica Liitenstein

Jueves 3 de junio

Mallas en uroginecología. Indicaciones riesgos y resultados.

¿Qué piensan las sociedades científicas en Latinoamérica?

Dr. Edgardo Castillo. Moderadora: Dra. Valeria Alonso



Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay: Sin costo

Enfoque ginecológico de la hiperplasia suprarrenal congénita clásica.

Reporte de un caso clínico

Carolina Godoy¹, Carolina Barreiro², Gabriel Carrieri³, Vanessa Guzzo⁴

Resumen

Introducción. La hiperplasia suprarrenal congénita constituye un grupo de desórdenes genéticos caracterizados por defectos en la síntesis del cortisol. La forma más frecuente es la causada por mutaciones en el gen CYP21A2, que codifica para la enzima 21-hidroxilasa adrenal.

Caso clínico. Se analiza una paciente adulta portadora de la forma clásica perdedora de sal que se presenta con alteración en su vida sexual debido a genitoplastia feminizante en la niñez.

Discusión. Las mutaciones que impiden total-

mente la actividad enzimática se asocian a la forma grave con pérdida salina. Este tipo de alteración se expresa en el período neonatal con insuficiencia suprarrenal y síntomas por exceso de andrógenos suprarrenales como virilización y ambigüedad de genitales externos, los cuales fueron observados en la paciente. El tratamiento en estos casos tiene una vertiente médica y otra quirúrgica. El tratamiento médico implica un difícil balance entre el hiperandrogenismo y el hipercortisolismo resultante de dosis excesivas de glucocorticoides. En el tratamiento quirúrgico es crítico determinar el sexo en etapas precoces de la vida. En mujeres 46XX y genitales externos virilizados, se recomienda asignar el sexo femenino cuando el diagnóstico se realiza en el período neonatal y primeros meses de la vida, como ocurrió en este caso. En niñas severamente virilizadas se recomienda discutir sobre tratamiento quirúrgico precoz antes del año de vida.

1 Ex. Residente Clínica Ginecotocológica A, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

2 Endocrinóloga titular, Hospital Escuela del Litoral.

3 Ex. Residente Clínica Ginecotocológica A, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

4 Asistente de Clínica Ginecotocológica A, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Escuela del Litoral. Paysandú, Uruguay.

Correspondencia: Carolina Godoy.
carolinaloufomagalli@gmail.com.

Recibido: 7/2/2021. Aceptado: 10/3/2021

Conclusión. El uso de la dilatación vaginal permitió a la paciente el retorno a la función sexual sin necesidad de un segundo acto quirúrgico, siendo fundamental el manejo multidisciplinario.

Palabras clave: hiperplasia suprarrenal congénita, genitales ambiguos, deficiencia 21-hidroxilasa, sexualidad, tratamiento quirúrgico.

Conclusion: The use of vaginal dilation allowed the patient to restore her sexual function without the need of a second surgical act, multidisciplinary management is essential.

Key words: congenital adrenal hyperplasia, ambiguous genitalia, 21-hydroxylase deficiency, sexuality, surgical treatment.

Abstract

Introduction: Congenital adrenal hyperplasia constitutes a group of genetic disorders characterized by defects in cortisol synthesis. The most frequent form is caused by mutations in the CYP21A2 gene, which codes for the enzyme 21-adrenal hydroxylase.

Clinical case: We analyzed an adult patient with the classic salt-wasting form, who presents with alteration in her sexual life due to feminizing genitoplasty in childhood.

Discussion: Mutations that totally impede enzyme activity are associated with the severe form with salt waste, as in this case. This type of alteration is expressed in the neonatal period with symptoms due to adrenal insufficiency and excess of adrenal androgens such as virilization and ambiguity of external genitalia, which were observed in the patient. The treatment in these cases has a medical and a surgical side. Medical treatment involves a difficult balance between hyperandrogenism and hypercortisolism resulting from excessive doses of glucocorticoids. In surgical treatment it is critical to determine sex in early stages of life. In 46 XX women and virilized external genitalia, it is recommended to assign the female sex when the diagnosis is made in the neonatal period and first months of life, as occurred in this case. In severely virilized girls, it is recommended to discuss early surgical treatment before one year of life.

INTRODUCCIÓN

La hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) es un grupo de desórdenes autosómicos recesivos caracterizados por defectos en la síntesis del cortisol. La forma más frecuente de HSC es la causada por mutaciones en el gen CYP21A2, que codifica para la enzima 21-hidroxilasa adrenal (HSC-21OH). Esta mutación es responsable del 95% de los casos de HSC. La incidencia mundial de esta patología es de entre 1:14000 a 1:18000 nacimientos.¹

Existen tres formas clínicas de HSC-21OH: clásica-perdedora de sal, virilizante simple y no clásica. Éstas generan diferentes grados de hiperandrogenismo, con o sin insuficiencia suprarrenal. La severidad de estas manifestaciones se correlaciona con el grado de afectación en el gen CYP21A2, que genera diferentes grados de inactividad enzimática, determinando un espectro muy variado de fenotipos.¹

Se analizará el caso clínico de una paciente adulta portadora de HSC-21OH clásica perdedora de sal, que se presenta con alteración en su vida sexual debido a genitoplastia feminizante en la niñez.

CASO CLÍNICO

C.V. 25 años. Tabaquista. Orientación heterosexual. Hiperplasia suprarrenal congénita

Figura 1.

Examen genital en primer consulta ginecológica



Figura 2.

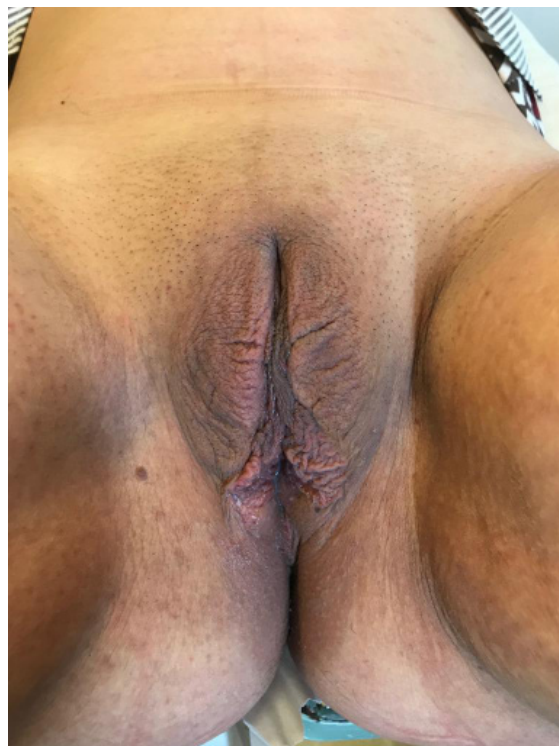
Desarrollo mamario luego de hormonoterapia, Tanner III



ta clásica perdedora de sal diagnosticada al nacimiento por genitales ambiguos, grado III de Prader, cariotipo 46XX. Se realiza genitoplastia feminizante a los 5 años. Actual-

Figura 3.

Genitales externos posteriores al tratamiento hormonal



mente en tratamiento con hidrocortisona 10 mg hora 8:00, 10 mg hora 16:00 y 5 mg hora 20:00 y acetato de fludrocortisona 0,05 mg al día. Consulta por amenorrea primaria e imposibilidad coital. Examen físico: IMC 23. Normotensa, sin hipotensión ortostática. Actitud masculina, hipertrofia muscular, voz gruesa, distribución androide de grasa corporal, hirsutismo (escala de Ferriman-Gallway: 13). Mamas Tanner II. Genitales Tanner IV. Clítoromegalia. No se visualiza uretra. Labios mayores hiperpigmentados de aspecto escrotalizado, labios menores adelgazados que impresionan fusionados. Introito menor a 0,5 cm. (Figura 1).

Ecografía ginecológica: útero hipoplásico, en anteversoflexión, de 46 x 21 x 30 mm, endometrio regular, homogéneo, línea endometrial fina de 2 mm. Anexo derecho: ova-

Figura 4.

Se puede apreciar el tamaño del introito vaginal posterior a tratamiento completo con dilatadores vaginales



rio de 45 x 28 mm con múltiples quistes, el mayor de 35 mm. Anexo izquierdo: ovario izquierdo 32 mm, con numerosos folículos.

Cistouretroscopia informa uretra sin particularidades, en introito vaginal. Vejiga de buena capacidad, meatos normotónicos, se visualiza eyaculación de orinas claras. No se evidencian trayectos fistulosos. Vaginoscopia con apertura amplia hacia útero. No se visualizan orificios fistulosos.

Se inicia el tratamiento con dilatadores, etinilestradiol 0,035 mg y acetato de ciproterona 14,5 mg. El tratamiento con dilatadores fue gradual y según tolerancia de la paciente.

Se comenzó con bujías de Hegar en consultorio ginecológico, iniciando con número 5 hasta llegar a número 15, progresando en forma semanal. Luego se continuó con dos sesiones semanales en consultorio utilizando bujía número 15, en simultáneo con dilatadores en domicilio, hasta lograr tratamiento domiciliario diario. La tolerancia al trata-

miento fue buena, logrando relación sexual con penetración a los 6 meses de iniciado el mismo. En la evolución presentó infecciones urinarias a repetición, por lo que se realizó tratamiento antibiótico específico completo y se comenzó la profilaxis con nitrofurantoína 100 mg al día.

El examen físico seis meses post tratamiento evidenció una presión arterial de 130/80 mmHg, sin hipotensión ortostática. Sin signos clínicos de síndrome de Cushing. Hirsutismo (escala de Ferriman Gallway: 10). Mamas Tanner III. Genitales Tanner IV. Persiste hipertrofia del clítoris. Desarrollo de labios mayores y menores, con adelgazamiento de piel de labios mayores. Introito disminuido pero permeable. Buena capacidad vaginal. (Figuras 2, 3 y 4).

DISCUSIÓN

La HSC se define como un grupo de enfermedades congénitas autosómicas recesivas en las que se produce un error en la esteroidogénesis suprarrenal debido a la deficiencia en la actividad de una de las enzimas utilizada para sintetizar cortisol, generando hiperplasia de la corteza suprarrenal, aumento compensador de la corticotropina hipofisaria (ACTH), y acumulación de metabolitos y esteroides de las vías metabólicas no afectadas, previo al bloqueo enzimático.^{2,3} En el caso de la HSC-21OH, los metabolitos se desvían hacia la vía de formación androgénica, generando diferentes grados de hiperandrogenismo clínico.

Por ser una enfermedad recesiva, el paciente con HSC debe tener siempre los dos alelos (el materno y el paterno) afectados, siendo la mutación menos severa de ambos la que determina el fenotipo.⁴ Las mutaciones del CYP21 se agrupan en tres categorías,

según el grado de actividad enzimática predecible. El grupo que consiste en mutaciones tipo deleciones que impiden totalmente la actividad enzimática se suele asociar a la forma grave con pérdida salina, siendo éste el caso de la paciente analizada.²

Su incidencia se estima alrededor de 1/15.000 recién nacidos vivos en Europa y en los Estados Unidos, afectando típicamente el doble de mujeres que de varones.⁵ Aunque los varones con la forma clásica perdedora de sal son los más propensos a sufrir diagnósticos retrasados o incorrectos por no presentar ambigüedad genital.¹

Cuanto más grave sea el déficit enzimático más temprana es la aparición de la clínica (tabla 1).⁵

La HSC clásica se expresa en el período neonatal, con síntomas debidos al exceso de andrógenos suprarrenales como virilización y ambigüedad de los genitales externos de las niñas afectadas, destacando que estos se encuentran presentes en esta paciente.^{2,6}

En el examen físico al nacer, los hallazgos incluyen seno urogenital (abertura perineal distal única que se separa en el sector cercano a la uretra y la vagina), clitoromegalia, fusión y rugosidad de los labios mayores.⁷ El grado de masculinización de los genitales externos es muy variable, habiendo sido clasificados por Prader en niveles o estadios, clasificados de menor a mayor virilización.²

El diagnóstico debe sospecharse en todo neonato que presente las características previamente descritas o cuando aparezcan vómitos, deshidratación y shock en período postneonatal inmediato, sumado a niveles elevados de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP) plasmática.⁴

El tratamiento en estas pacientes tiene claramente dos vertientes, una médica y otra quirúrgica. El manejo del tratamiento

médico es un difícil balance entre el hiperandrogenismo y el hipercortisolismo resultante de dosis excesivas de glucocorticoides.^{6,7} Los intentos hacia la normalización completa de 17OHP resultan típicamente en sobretatamiento, con síndrome de Cushing.¹

Por este motivo, se recomienda monitorear el tratamiento con la clínica, y no mediante mediciones paraclínicas, controlando los signos de exceso de glucocorticoides y de normalización inadecuada de andrógenos, así como los signos de déficit o exceso de mineralocorticoides para optimizar el tratamiento.¹

Las mujeres jóvenes con síntomas de hiperandrogenismo pueden requerir de la adición de un antagonista del receptor de andrógenos.¹ La recomendación actual es el uso de anticonceptivos combinados que contienen drospirenona, dado que reducen efectivamente la síntesis ovárica y suprarrenal de andrógenos, sin afectar el cortisol, la presión arterial, actividad de renina plasmática y niveles séricos de potasio.¹ Por motivos de disponibilidad, nuestra paciente se encuentra recibiendo etinilestradiol 0,035 mg y acetato de ciproterona 14,5 mg. El acetato de ciproterona es un anti-andrógeno con un modo de acción dual: antagoniza la unión de la testosterona en el receptor de andrógenos en la piel e inhibe la secreción de gonadotrofinas por su acción como progestágeno, contribuyendo a disminuir la producción de andrógenos ováricos.⁸ Dado que el acetato de ciproterona tiene una potencia progestagénica mayor que su potencia antiandrogénica, el beneficio neto como antiandrógeno es relativamente modesto en comparación con la dosis alta (50-100 mg al día), y es el efecto progestagénico inhibitorio de la secreción de gonadotropinas el que resulta en disminución de síntesis de andrógeno. Usa-

Tabla 1.
Hiperplasia suprarrenal congénita por déficit 21OH.

	CLÁSICA				NO CLÁSICA	
	Perdedora de sal		Virilizante simple			
Sexo	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad de diagnóstico	Nacimiento a 6 meses	Nacimiento A 1 mes	2 a 4 años	Nacimiento a 2 meses	Niñez- Adultez	Niñez- Adultez
Genitales	Normales o macrogenitosomía	Ambiguos grados variables. Seno urogenital	Normales	Ambiguos	Normales	± Aumento clítoris
Síntomas	Anorexia, falta de ganancia ponderal, decaimiento, poliuria, vómitos, deshidratación, shock, muerte		Acné.	Acné, clitoromegalia, alopecia de distribución masculina e infertilidad.	Acné	Acné, clitoromegalia, alopecia de distribución masculina e infertilidad
A/R/C	↓/↑/↓	↓/↑/↓	N/↑ o N/↓	N/↑ o N/↓	N/N/N	N/N/N
17(OH)P	>20.000 ng/dl		>10.000 a 20.000 ng/dl		1.500 a 10.000 con estimulación ACTH	
Testosterona	↑ prepuberal	↑	↑ prepuberal	↑	↑ prepuberal	↑ variablemente
Actividad Enzimática (%)	0		1%		20 – 50 %	

Extraído y modificado de: White P.C, Speiser.P.W. Congenital Adrenal Hyperplasia due to 21-Hydroxylase Deficiency Endocr Rev, 2000; 21(3):245-

91. A: Aldosterona, ACTH: hormona adrenocorticotropa, C: Cortisol, 17(OH) P 17 hidroxiprogesterona, N: normal, R: Renina.

do a dosis altas por tiempo prolongado, es capaz de suprimir la secreción de ACTH por su efecto glucocorticoide, determinando insuficiencia suprarrenal secundaria; hecho a tener en cuenta si se utiliza para tratamiento de niños con pubertad precoz. En adultos, dicho temor aparentemente no se justifica.⁸

En cuanto al tratamiento quirúrgico, en el conjunto global de todas las diferencias del desarrollo sexual, una de las decisiones más complejas y críticas del tratamiento es “determinar” el sexo en etapas precoces de la vida. La decisión final la van a tomar los padres asesorados por un equipo médico multidisciplinario con experiencia.⁹ En mujeres con HSC que presentan genitales externos virilizados y cariotipo 46XX, la recomendación del Grupo de Trabajo de Suprarrenales de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica, es asignar el sexo femenino si el diagnóstico se realiza en el periodo neonatal o primeros meses de la vida, como ocurrió

en esta paciente.⁹

En niñas severamente virilizadas (orificio urogenital único), se recomienda discutir sobre tratamiento quirúrgico precoz, hacia los 6 meses de edad y siempre antes del primer año para que la niña pueda establecer un esquema corporal.^{1,2} La genitoplastia feminizante puede incluir clitoroplastia (extirpación del tejido de los cuerpos cavernosos con preservación del glande y del paquete neurovascular dorsal) y labioplastia.⁷ Las complicaciones conocidas incluyen estenosis vaginal, piel con cabello en la vagina inferior, alteración de la sensibilidad del clítoris e incontinencia urinaria.⁷

Aquellas pacientes que se sometieron a una operación durante la infancia pueden llegar a requerir de una operación adicional contra la estenosis vaginal en su adolescencia o adultez.⁷ La dilatación vaginal y crema de estrógenos pueden ser muy útiles para las pacientes con estenosis vaginal mode-

rada, tratamiento que se implementó con éxito en el caso presentado y sin necesidad de una segunda intervención quirúrgica. En los casos que no pueda realizarse la dilatación vaginal por estenosis severa, tiene indicación de intervención quirúrgica.⁷ Uruguay cuenta con un Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (Credenacer) integrado por un Departamento de Especialidades Médico-Quirúrgicas (DE.ME.QUI) que tiene como objetivo la realización de tratamiento específico a pacientes con enfermedades raras o defectos congénitos. El acceso es universal para los portadores de patologías como HSC, por lo cual, en caso de no poder realizar la dilatación vaginal o no tener éxito con esta, se puede derivar a dicho lugar para realizar la intervención quirúrgica por un equipo médico con experiencia en el tema.

En cuanto al abordaje sexual y reproductivo: se han informado índices de embarazo espontáneo de entre 33% y 60% en mujeres con HSC clásica que están intentando una gestación sin tratamiento de fertilidad más allá de una adecuada reposición de esteroides.⁷

De manera que, en la consulta ginecológica debemos indagar sobre el deseo gestacional y brindar tratamiento anticonceptivo para evitar un embarazo no deseado, e interrogar sobre las relaciones sexuales (frecuencia, satisfacción, etc.), dado que muchas veces las mujeres con HSC manifiestan insatisfacción con su género de crianza, presentando dificultades con la función sexual.² La disforia de género es baja, estimándose en un 5,2%, pero en casos excepcionales de forma clásica 46 XX con asignación al sexo masculino la disforia de género aumenta a un 12,1%.¹⁰

CONCLUSIÓN

En esta paciente, el tratamiento con dilataadores logró conseguir una capacidad vaginal adecuada para el retorno a su función sexual, sin necesidad de someterse a un segundo acto quirúrgico. Se considera de vital importancia el seguimiento multidisciplinario en conjunto con endocrinólogo, ginecólogo y medicina sexual.

Agradecimientos

Al Dr. Francisco Coppola, Dra. Mónica Lijteinstein y Dra. Natalia Sica por su contribución a la resolución del caso clínico.

Bibliografía

1. Speiser PW, Arlt W, Auchus RJ, Baskin LS, Conway GS, Merke DP, et al. Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018; 103(11):1-46.
2. Rodríguez MD, Rodríguez A, Badillo K, Velasco A, Dulín E, Ezquieta B. Déficit de 21-hidroxilasa: aspectos actuales. *Endocrinol Nutr*. 2006;53(2):124-136. [https://doi.org/10.1016/S1575-0922\(06\)71078-6](https://doi.org/10.1016/S1575-0922(06)71078-6).
3. Pang S. Congenital adrenal hyperplasia. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 1997; 26(4):853-91. doi: 10.1016/s0889-8529(05)70285-1.
4. Warman M, Rivarola M, Belgorosky A. Hiperplasia suprarrenal congénita (HSC). Déficit de la enzima 21-Hidroxilasa. *Nat Clin Pract Endocrinol Metab*. 2007;3:405-13. Disponible en: http://www.saegre.org.ar/revista/numeros/2008/n1/3_hiperplasia.pdf
5. Narbona I, Barber MA, Eguiluz I, Alonso L, Hijano JV, Pérez-Reyes T, et al. Déficit congénito de 21- α -hidroxilasa. Seudohermafroditismo femenino. *Clin Invest Gin Obst*. 2001;28 (8):340-3. doi: 10.1016/S0210-573X(01)77119-5
6. White PC, Speiser PW. Congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Endocr Rev*. 2000;21(3):245-91. doi: 10.1210/edrv.21.3.0398
7. Gómez-Lobo V, Amies Oelschlager AM. Trastornos del desarrollo sexual en mujeres adultas. *Obstet Gynecol*. 2016;128:775-91. Disponible en: https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2016_Translation_GomezLobo.pdf
8. Marante D. Antiandrógenos. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2016;76 (1): 89-92. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322016000300015&lng=es.
9. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica (SEEP). Documento de Posicionamiento del Grupo de Suprarrenal de la

SEEP. 2019 Feb;1-5. Disponible en: https://www.seep.es/images/site/pacientes/DOCUMENTO_DE_POSICIONAMIENTO_feb2019_.pdf

10. Hall CM, Jones JA, Meyer-Bahlburg HF, Dolezal C, Coleman M,

Foster P, et al. Behavioral and physical masculinization are related to genotype in girls with congenital adrenal hyperplasia. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(1):419–24. doi: 10.1210/jc.2003-030696.

Anomalías müllerianas: a propósito de un caso clínico

Hospital Pereira Rossell, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
Clínica Ginecotocológica C, Prof. Dr. Claudio Sosa

Dr. Lucas Mendieta¹, Dr. Luis Russi², Dr. Santiago Zunini³, Dr. Claudio Sosa⁴

Resumen

El síndrome de Rokitansky es una malformación uterina muy poco frecuente que se presenta con amenorrea primaria. Su diagnóstico y tratamiento no siempre es fácil para el médico clínico por lo que el **objetivo** es presentar un caso clínico de una paciente con este síndrome, su diagnóstico, tratamiento y revisión de la literatura.

Caso clínico: paciente de 20 años, sin antecedentes personales a destacar. Nuligesta. Consulta en primer nivel de atención por amenorrea primaria y se realiza diagnóstico de anomalía mülleriana a expensas de útero hipoplásico. Se comenta diferentes opciones de tratamiento y cuál se aplicó en este caso.

Conclusiones: cuando nos enfrentamos a una paciente con amenorrea primaria es fundamental descartar las malformaciones del aparato genital ya que es la segunda causa de amenorrea primaria luego de las disgenesias gonadales.

Palabras claves: anomalías müllerianas, amenorrea primaria.

Abstract

Rokitansky syndrome is a very rare uterine malformation that presents with primary amenorrhea. Its diagnosis and treatment is not always easy for the clinical doctor, so the **aim** is to present a clinical case of a patient with this syndrome, its diagnosis, treatment and review of the literature.

Clinical case: 20-year-old patient, with no notable personal history. Nuligesta. Consultation at the first level of care for primary amenorrhea

1. Residente de Clínica Ginecotocológica C
2. Asistente de Clínica Ginecotocológica C
3. Ginecotólogo Ecografista
4. Profesor Director, Clínica Ginecotocológica C

Correspondencia: Dr. Lucas Mendieta
E mail: mendietalucas93@icloud.com

Recibido: 14/1/2021. Aceptado: 2/3/2021

and a diagnosis of Müllerian Anomaly is made at the expense of a hypoplastic uterus. Different treatment options and which one was performed in this case are discussed.

Conclusions: When faced with a patient with primary amenorrhea, it is essential to rule out malformations of the genital tract since it is the second cause of primary amenorrhea after gonadal dysgenesis.

Key words: Müllerian abnormalities, primary amenorrhea.

INTRODUCCIÓN

Las anomalías uterinas así como las vaginales, proceden de mecanismos embriológicos muy diversos. Se pueden clasificar en tres tipos: aplasias müllerianas, trastornos de la fusión de los conductos de Müller y trastornos de la reabsorción del tabique inter mülleriano (Figura 1).

En esta revisión nos limitaremos a las aplasias müllerianas.

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es una aplasia mülleriana bilateral parcial y simétrica que se caracteriza por presentar, ovarios y trompas normales, útero reducido a dos cuernos rudimentarios unidos por un repliegue peritoneal, vagina aplásica y habitualmente lesiones de aspecto simétrico.^{1,2}

Existen formas atípicas del síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Las formas simétricas, son poco frecuentes y anatómicamente puede tratarse de una aplasia subtotal con falta de los cuernos rudimentarios o de una aplasia menos marcada con persistencia de cuernos voluminosos y canalículos. Por otra parte las formas asimétricas, en un lado son iguales al síndrome de Rokitansky y en el otro presentan una aplasia subtotal o menos marcada.^{1,2}

Figura 1.

Grimbiz GF et al. Hum Reprod 2013;28(8):2032.

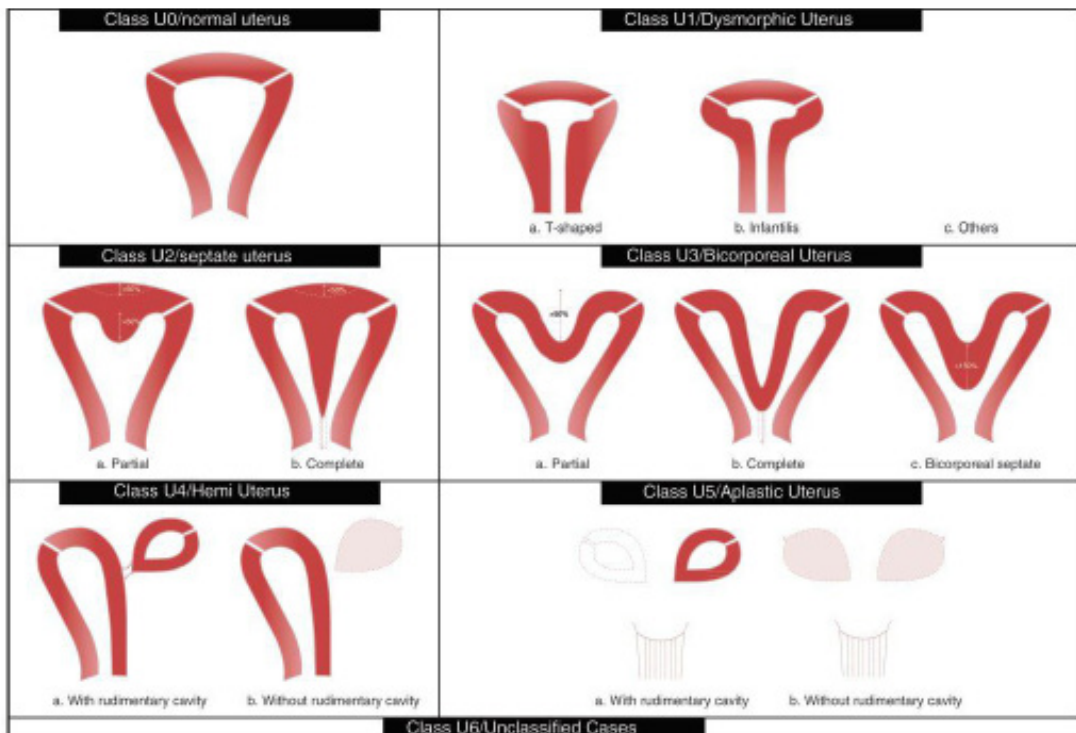
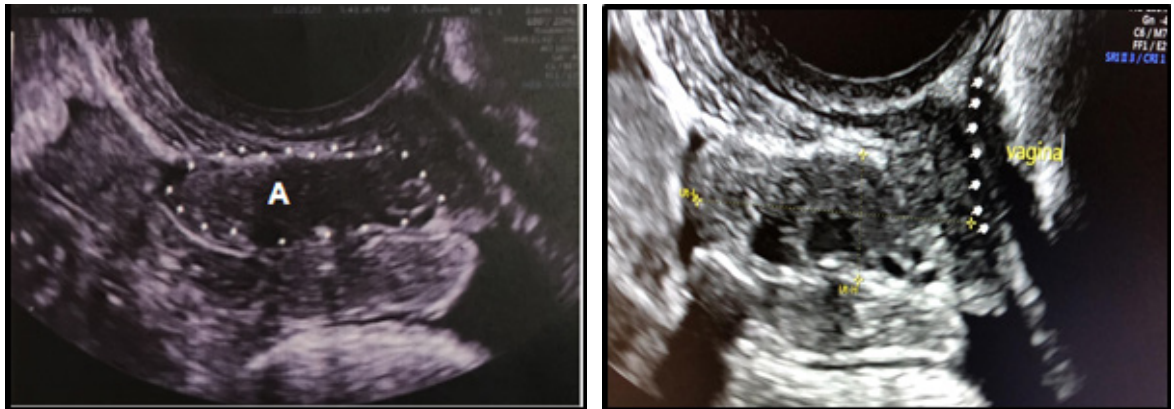


Figura 2

Útero rudimentario ecografía transvaginal con gel transductor



El principal motivo de consulta es por amenorrea primaria que puede estar o no acompañado de dismenorrea, aunque un número no menor puede consultar por dificultad en las relaciones sexuales.^{1,2}

Este síndrome se asocia frecuentemente con anomalías urinarias, por lo que en la valoración inicial debe incluirse la ecografía del aparato urinario.^{1,2} Además también se puede asociar con anomalías óseas, sobre todo de la columna vertebral, por lo que se debe incluir también radiografía de columna.^{1,2}

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, sin antecedentes personales a destacar, nuligesta. Consulta en centro de primer nivel de atención por amenorrea primaria.

Como antecedente de la enfermedad actual presentaba dicha sintomatología desde los 16 años, con múltiples consultas, no habiéndose realizado el diagnóstico correcto. Inicio de relaciones sexuales a los 14 años, destacando que nunca presentó dispareunia así como tampoco historia de dismenorrea.

A la exploración física presenta caracteres sexuales secundarios normales, con un estadio de Tanner V acorde para su edad, mamas normales, vulva con labios, introito, clítoris y meato urinario de aspecto normal. Abdomen sin visceromegalias.

A la especuloscopia, vagina mucosa normal, sin tabiques, se destaca la ausencia de cérvix uterino. Al tacto vaginal, capacidad vaginal normal, longitud de 7 cm, no tratándose útero ni ovarios en fondo vaginal.

Con planteo de anomalía mülleriana se solicitaron los siguientes estudios paraclínicos necesarios para confirmar el diagnóstico.

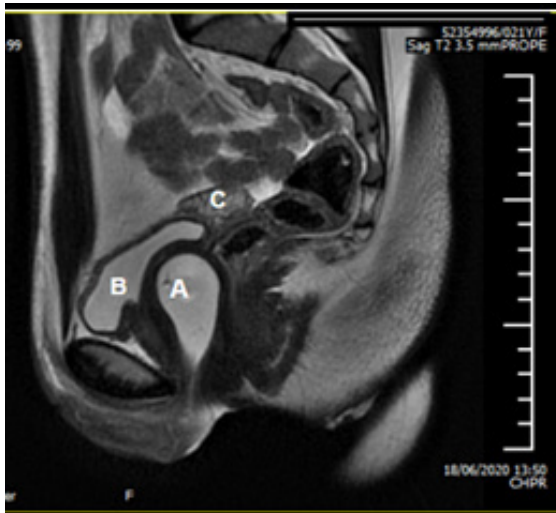
Se realizó ecografía transvaginal que observaba por encima de la vagina estructura ecogénica de 29 x 18 x 28 mm que podría corresponder en el contexto clínico a un útero hipoplásico, no observando claramente cérvix uterino, así como tampoco cavidad endometrial. Ambos ovarios estaban presentes con aspecto poliquístico (Figura 2).

Se realizó ecografía de aparato urinario, ésta no evidenció alteraciones.

Se realizó resonancia magnética, que no identificó útero.

Figura 3

A - Vagina con gel transductor
B - Vejiga
C - Útero rudimentario



Tampoco identificó hemi úteros rudimentarios. Se evidenciaron ovarios de morfología normal. No se identificaron alteraciones vaginales, tampoco se identificaron alteraciones a nivel de aparato urinario, riñón y vías excretoras normales (Figura 3).

Además se realiza radiografía de columna lumbar con resultado normal.

De la analítica en sangre se dosificó, FSH y estradiol con resultado normal. Función renal normal.

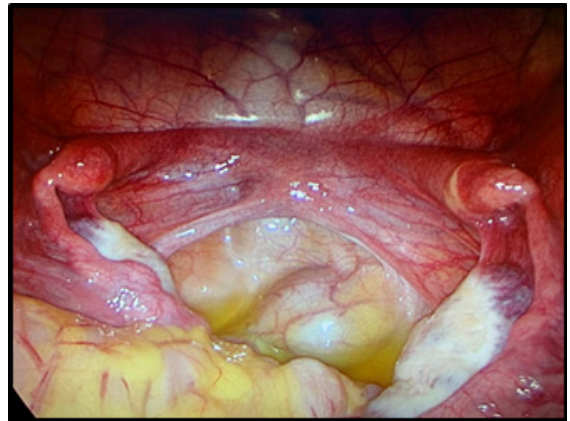
Para concluir con la valoración se realizó laparoscopia diagnóstica, confirmando la presencia de agenesia uterina, evidenciando la presencia de hemi úteros rudimentarios, trompas de Falopio con fimbrias de aspecto fibrótico. Ambos ovarios de aspecto habitual (Figura 4).

DISCUSIÓN

Se define amenorrea como la ausencia de sangrado menstrual durante 90 días o más.

Figura 4

Laparoscopia diagnóstica



Constituye la manifestación clínica de un trastorno subyacente.

Se clasifican según el momento de su presentación en primaria o secundaria.

Amenorrea primaria se define como la ausencia de menstruación a los 16 años en presencia de caracteres sexuales secundarios normales o cuando la menstruación no se ha producido a los 14 años en ausencia de caracteres sexuales secundarios.

El 60% son causadas por anomalías genéticas que afectan el desarrollo genital, el 40% restante son por trastornos endocrinológicos.

Por otra parte, la amenorrea secundaria, se define como la ausencia de la menstruación por un período superior a 6 meses en una paciente que ya ha tenido menstruaciones.³ Su incidencia es del 0,7%.

Cualquier alteración en el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal puede ser causa tanto de amenorrea primaria como secundaria.³

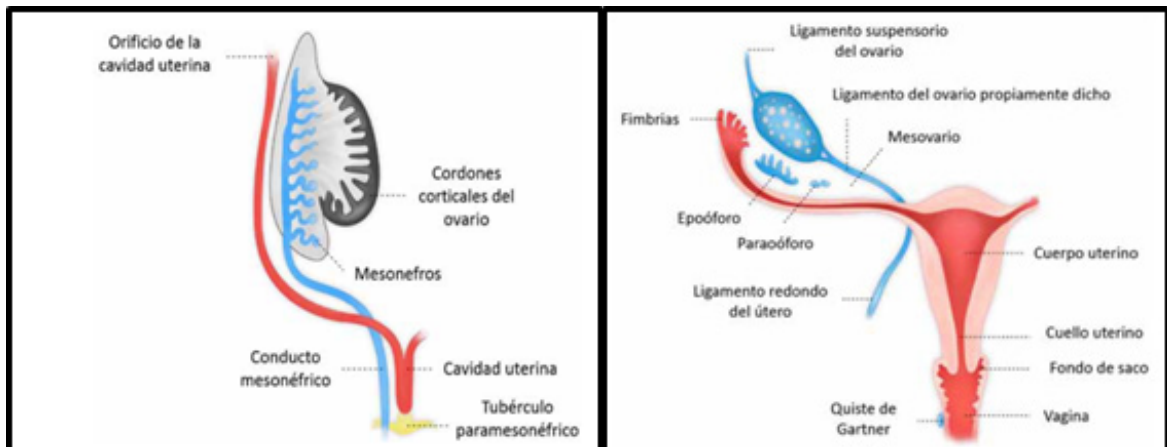
Las anomalías müllerianas se definen como malformaciones uterinas congénitas que surgen del desarrollo inadecuado de los conductos müllerianos. Estas pueden tener una variedad de presentación clínica que va de

Figura 5

a. Migración de los conductos paramesonefricos⁷

b. Desarrollo de mesonefro y paramesonefro⁷

Imagen extraída de: Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética.



asintomático a pérdida del embarazo en el primer y segundo trimestre, mala presentación fetal, desprendimiento de placenta, restricción de crecimiento intrauterino, dismenorrea, dispareunia y dolor pélvico crónico.⁴

La agenesia de Müller, también conocida como aplasia de Müller, síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, agenesia vaginal, tiene una incidencia de 1 por 4500-5000 mujeres.⁵ Es causada por el insuficiente desarrollo embriológico de los conductos de Müller que como resultado podemos encontrar agenesia o atresia del tercio distal de la vagina, el útero o ambos.

Los ovarios, dado el desarrollo embriológico diferente, son típicamente normales en estructura y función, explicando el desarrollo normal de los caracteres secundarios, aunque pueden encontrarse en ubicaciones no habituales.

La asociación con malformaciones urogenitales se debe al desarrollo embriológico de los conductos de Müller. (Ian y Mesonefrico).⁴ Dato de gran importancia en el manejo inicial (Figura 5).

El motivo de consulta más frecuente en las pacientes que presentan agenesia mülleriana es la amenorrea primaria. Presentando desarrollo mamario, vello corporal y genitales externos normales, así como estatura normal.

La vagina está presente como pequeña cavidad rasante o puede ser normal con ausencia de cuello uterino en el fondo de esta, como es el caso de la paciente analizada.

En pacientes que se presentan con amenorrea primaria y vagina inferior acortada, los diagnósticos diferenciales incluyen, obstrucción vaginal y anomalías uterinas, entre ellas himen imperforado, tabique vaginal transversal o atresia cervical.⁶

Las pacientes que presentan cariotipo 45 XY con fenotipo de XX, pueden consultar por amenorrea primaria, pueden presentar ausencia de útero e incluso el síndrome de insensibilidad a los andrógenos.⁶

La evaluación inicial de estas pacientes incluye, pruebas de laboratorio que comprenden determinación de testosterona libre, FSH y estradiol.

Además imágenes, resonancia magnética (RM), ecografía ginecológica y ecografía de aparato urinario.⁶

La RM es una herramienta fundamental en la evaluación de la anatomía útero-vaginal y en el diagnóstico no invasivo de las anomalías müllerianas, permitiendo una adecuada caracterización y clasificación, para lo cual el radiólogo debe conocer la anatomía, embriología y clasificación de estas anomalías.⁷

Como ya se explicó, es mandatorio realizar ecografía de aparato urinario en pacientes con anomalías müllerianas. Múltiples estudios han confirmado la presencia de hasta un 30% de asociación de malformaciones renales.^{8,9}

Otras de las anomalías que se pueden asociar en un 10-30% son las esqueléticas, por ejemplo escoliosis, hipoplasia de la muñeca entre otras, por lo tanto debe incluirse en la valoración inicial una radiografía de columna en pacientes asintomáticas.⁹

La laparoscopia diagnóstica puede ser necesaria para el diagnóstico y tratamiento de las pacientes que manifiestan dolor pélvico.

Las pacientes pueden manifestar dolor por ovulación o endometriosis, pudiendo mejorar con tratamiento hormonal. Además pueden manifestar dolor por menstruación retrógrada frente a la presencia de endometrio activo, ausencia de cuello uterino y (existencia) de cuernos obstruidos.

La resolución de esta complicación es la extracción de los componentes uterinos obstruidos ya sea unilateral o bilateral.¹⁰

Es fundamental incluir el soporte psicológico, dado que muchas de las pacientes que presentan una anomalía mülleriana experimentan depresión y ansiedad, sobre todo por la infertilidad.¹¹

En cuanto al tratamiento, el objetivo de este es crear una vagina adecuada para una vida sexual normal. Para ello se cuenta con técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas, que no son perfectas ni aplicables en todos los casos. Se recomiendan las técnicas no quirúrgicas como tratamientos de primera línea, ya que su tasa de éxito es mayor de 90%.^{10,12}

Se destaca del caso clínico, que la paciente presentaba capacidad vaginal normal, si bien es sabido que uno de los motivos de consulta más frecuentes es la dispareunia, dado el acortamiento de la vagina a consecuencia del desarrollo embrionario alterado de esta como se ha mencionado anteriormente.

El tratamiento no quirúrgico, en los casos de agenesia vaginal, consiste en la formación de una neovagina a través de presión aplicada sobre el esbozo vaginal, utilizando dilataadores progresivamente mayores. Requiere de una mujer altamente motivada, con buena adherencia al tratamiento, condiciones fundamentales para el éxito de éste.¹³

Por otra parte, el tratamiento quirúrgico está indicado en las pacientes donde falla el tratamiento no quirúrgico. Existen múltiples técnicas quirúrgicas. La decisión del momento y el tipo de cirugía dependen de la paciente.

La técnica de Abbe-McIndoe es uno de los procedimientos quirúrgicos más utilizados. Se realiza una disección cuidadosa entre la vejiga y el recto formando una cavidad donde se inserta un "molde" vaginal recubierto con injertos cutáneos.¹⁴

Otra alternativa es la vaginoplastia por expansión tisular y la vaginoplastia por tracción (técnica de Vecchiatti), que se puede realizar por laparotomía o laparoscopia.^{15,16}

El tratamiento instruido en la paciente luego de confirmado el diagnóstico, fue con-

tactarla con equipo de salud mental especializado y derivación a policlínica de fertilidad, valorando opciones como la subrogación uterina o como es sabido en otros medios, el trasplante uterino que se encuentra en vías de desarrollo.

CONCLUSIONES

Cuando nos enfrentamos a una paciente con amenorrea primaria es fundamental descartar las malformaciones del aparato genital ya que es la segunda causa de amenorrea primaria luego de las disgenesias gonadales.

Estas pacientes, en conjunto con los padres, deben asesorarse y controlarse con equipo multidisciplinario que incluya ginecólogo especializado en estas patologías, pediatra y equipo de salud mental. Ya que estas patologías repercuten no solo en la esfera reproductiva, sino que además determinan dificultad en el ejercicio adecuado de la sexualidad, y afectan el esquema corporal, destacando que generalmente se diagnostican en la adolescencia, momento del despertar sexual. En paciente con amenorrea primaria es fundamental el diagnóstico precoz, incluso en el control ginecológico pediátrico se utiliza como valoración general la ecografía ginecológica abdominal para diagnosticar precozmente alteraciones del aparato genital.

La ausencia de vagina y útero presenta un gran impacto para la paciente y sus padres, siendo la esterilidad primaria el aspecto más delicado de aceptar.

La elección del tratamiento dependerá del tipo de agenesia y la oportunidad de este depende meramente de la paciente.

Bibliografía

1. Lailla Vicens JM, Xercavins Montosa J, Bajo Arenas JM. Fundamentos de ginecología. 1a ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
2. Ledig S, Wieacker P. Clinical and genetic aspects of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Med Genet.* 2018;30:3-11. <https://doi.org/10.1007/s11825-018-0173-7>
3. Protocolo SEGO. Amenorrea primaria y secundaria. Sangrado infrecuente (actualizado febrero 2013). *Prog Obstet Ginecol.* 2013;56(7):387-392.
4. Christiansen ME, Detti L. Clinically Relevant Female Genital Tract Anomalies. *Clin Obstet Gynecol.* 2017;60(1):18-26.
5. Fontana L, Gentilin B, Fedele L, Gervasini C, Miozzo M. Genetics of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) syndrome. *Clin Genet.* 2017;91:233-246.
6. Committee on Adolescent Health Care. Acog Committee Opinion No. 728: Müllerian agenesis: diagnosis, management and treatment. *Obstet Gynecol.* 2018;131(1):e35-e42.
7. Medina C, Aguirre J, Montecinos J, Schiappacasse G. Revisión pictográfica de las anomalías de los conductos de Müller por resonancia magnética. *Rev chil obstet ginecol.* 2015;80(2):181-190.
8. Kapczuk K, Iwaniec K, Friebe Z, Kedzia W. Congenital malformations and other comorbidities in 125 women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:45-49.
9. Rall K, Eisenbeis S, Henninger V, Henes M, Wallwiener D, Bonin M, et al. Typical and atypical associated findings in a group of 346 patients with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28:362-368.
10. Laufer MR. Structural abnormalities of the female reproductive tract. In: Emans SJ, Laufer MR, editors. *Pediatric and adolescent gynecology.* 6th ed. Philadelphia (PA): Wolters Kluwer; Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 177-237.
11. Patterson CJ, Crawford R, Jahoda A. Exploring the psychological impact of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome on young women: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol.* 2016;21:1228-1240.
12. Templeman CL, Lam AM, Hertweck SP. Surgical management of vaginal agenesis. *Obstet Gynecol Surv.* 1999;54:583-591.
13. Edmonds DK. Congenital malformations of the genital tract. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 27(1):49-62.

14. Cantini JE, Jaramillo R, Parra SA, Casasbuenas A. Reconstrucción vaginal con técnica modificada de McIndoe: experiencia de 18 años en el Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia. *Repert med cir.* 2005;14:181-191.
15. Giraldo F, Gaspar D, González C, Bengoechea M, Ferrón M. Treatment of vaginal agenesis with vulvoperineal fasciocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1994; 93:131-8.
16. Sánchez J, Pasos I, Celio J, Hernández LE. Corrección quirúrgica de la agenesis vaginal. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74:37-47.

Primette

Ulipristal acetato 5 mg

La opción efectiva
para el tratamiento
a largo plazo de
miomas uterinos

vía oral



Indicado para el tratamiento
preoperatorio y tratamiento
intermitente repetido de los síntomas
moderados y graves de los miomas uterinos



ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

damssel®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación
que justifica el cambio



damSELLa®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:
Natural y Personal



Gador 
Al Cuidado de la Vida

Bloqueo auriculoventricular fetal: a propósito de un caso clínico

Hospital Pereira Rossell, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
Clínica Ginecotocológica C, Prof. Dr. Claudio Sosa

**Ma. Eugenia Hernández¹, Romina Della Ventura¹, Luis Russi²,
Nicolás Martino³, Claudio Sosa⁴**

Resumen

El bloqueo auriculoventricular completo congénito es una alteración poco frecuente del ritmo cardíaco fetal que asocia una elevada morbi-mortalidad intra y extra uterina. Se puede presentar como una alteración estructural intrínseca del tejido cardíaco fetal o secundario a una patología autoinmune materna, siendo las más frecuentes el lupus eritematoso sistémico y el síndrome de Sjögren.

En el escenario de las patologías autoinmunes que presentan anticuerpos anti Ro y anti La positivos, la incidencia se estima en un 2-4%. Fisiopatológicamente, estos anticuerpos actúan

alterando la función de los canales de calcio a nivel del nodo auriculoventricular.

En este contexto, el bloqueo es secundario a una respuesta inflamatoria local, fibrosis del tejido involucrado, y consecuente alteración en la conducción del impulso eléctrico auriculoventricular. El **objetivo** es analizar el caso clínico de una embarazada cuya gestación se vio complicada con una patología fetal como es el bloqueo auriculoventricular completo congénito y revisión de la literatura.

Caso clínico: paciente de 33 años, con antecedentes obstétricos de 2 gestas 1 aborto espontáneo y 1 cesárea por embarazo gemelar dos fetos vivos con buena evolución post natal. Enviada por bradicardia fetal mantenida a las 20 semanas de gestación, al ingreso se constató la misma. Se decidió conducta obstétrica expectante detectando la presencia de anticuerpos anti-Ro y anti-La circulantes en sangre materna. El ecocardiograma realizado a las 32 semanas mues-

1. Residente segundo año, Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
2. Asistente, Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
3. Profesor Adjunto, Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
4. Profesor Director Clínica Ginecológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Contacto: Ma. Eugenia Hernández
mail to : euge.hlaborde@gmail.com

Recibido: 31/12/2021 Aceptado: 28/02/2021

tra un bloqueo AV completo sin repercusión hemodinámica fetal, ni alteraciones estructurales, con frecuencia cardíaca fetal por encima de 60 lpm de forma mantenida. Se diagnóstica Síndrome de Sjögren. Se inicia tratamiento escalonado con corticoides intravenoso día por 20 días, rotando a prednisona vía oral y disminuyendo la dosis de forma paulatina; hidroxycoloroquina, ácido acetilsalicílico (AAS), Gammaglobulina hiperimmune 60 g en dosis única y tromboprolaxis. Durante el seguimiento el feto mantuvo buen estado hemodinámico, sin signos de insuficiencia cardíaca.

Se coordina interrupción de la gestación a las 39 semanas, se obtuvo un recién nacido vivo, de sexo masculino, 3,300 gramos, vigoroso, confirmando el bloqueo auriculoventricular.

Conclusiones: frente a la presencia de un bloqueo AV completo fetal, es de suma importancia el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, dada la elevada morbilidad perinatal que presenta.

Palabras clave: bloqueo auriculoventricular completo congénito, Síndrome Sjögren, anticuerpos anti Ro y anti La,

Abstract

The congenital heart block is an uncommon alteration of the fetal cardiac rhythm that entails a high perinatal morbidity and mortality. It can be caused by either an intrinsic structural alteration of the fetal cardiac tissue or secondary to a maternal autoimmune disease, being most frequently systemic lupus erythematosus and Sjögren syndrome. In the autoimmune scenario with positive anti Ro and anti La antibodies, the incidence is estimated to be 2-4 %. In a pathophysiological standpoint, these antibodies target and impair the calcium channel function at the atrioventricular node. As a result, the local inflammatory response takes place and pro-

gresses to fibrosis of the involved tissue altering the impulse conduction between atria and ventricles. The **aim** of this article is to analyze a clinical case of a pregnant woman with diagnosis of congenital heart block in the fetus in which positive anti Ro and anti La antibodies were determined and the literature's review.

Clinical case: 33-year-old patient, with obstetric history of 2 pregnancies, 1 spontaneous abortion and 1 cesarean section for twin pregnancy, two live fetuses with good postnatal evolution. Sent for fetal bradycardia maintained at 20 weeks of gestation, it was confirmed on admission. Expectant obstetric conduct was decided, detecting the presence of circulating anti-Ro and anti-La antibodies in maternal blood. The echocardiogram performed at 32 weeks shows a complete AV block without fetal hemodynamic repercussions or structural alterations, with a sustained fetal heart rate above 60 bpm. Sjögren's Syndrome was diagnosed. Staggered treatment with intravenous corticosteroids is started for 20 days, rotating to oral prednisone and gradually decreasing the dose; hydroxychloroquine, acetylsalicylic acid (ASA), hyperimmune gamma globulin 60 g in a single dose and thromboprophylaxis. During follow-up, the fetus maintained good hemodynamic status, with no signs of heart failure. The interruption of gestation is coordinated at 39 weeks, a live newborn, male, 3,300 grams, vigorous, was obtained, confirming the atrioventricular block.

Conclusions: Faced with the presence of a complete fetal AV block, early diagnosis and timely treatment are of utmost importance, given the high perinatal morbidity and mortality it presents.

Key words: congenital heart block, Sjögren syndrome, anti Ro and anti La antibodies, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El bloqueo auriculoventricular completo congénito (BAVCC) ocurre en el 2-4% de las pacientes embarazadas que tienen anticuerpos anti Ro y anti La. Lamentablemente, en la mayoría de las situaciones este aumento se diagnostica *a posteriori* del síntoma que es el BAVCC bloqueo, valorando todas las posibles etiologías.¹ Más del 90% de casos aislados de bloqueo AV completos fetales son causados por el pasaje transplacentario de dichos anticuerpos hacia el feto.²

Se entiende por bradicardia fetal una frecuencia cardíaca menor a 110 latidos por minuto. Puede obedecer a bradicardia sinusal, bigeminismo auricular no conducido, o bloqueos auriculoventriculares de segundo y tercer grado.²

En estos últimos, la aurícula se contrae al ritmo sinusal, pero el impulso no es transmitido al ventrículo, por lo que el ritmo de sístole ventricular queda bajo el dominio del nodo AV, manteniendo una frecuencia entre 40 y 80 latidos por minuto.

En cuanto a su etiología, un 25-50%³ corresponde a causas estructurales, dentro de las que se encuentran cardiopatías congénitas como isomerismo atrial izquierdo, transposición de grandes arterias, síndrome de QT largo, canal auriculoventricular, entre otros. El porcentaje restante es de origen inmunológico asociado a enfermedades de tejido conectivo materno, que afecta a niños por defecto congénito secundario a isoinmunización materna anormal, produciendo anticuerpos anti Ro y anti La maternos en un 85-90%, que se transfieren vía transplacentaria. Esto genera un daño inmunológico irreversible en el tejido cardíaco por inflamación y fibrosis, que causa bloqueo auriculoventricular con ausencia del nodo AV.²

Estos anticuerpos no solo afectan el te-

jido de conducción, sino también el miocardio. Esta disfunción cardíaca podría generar bradiarritmias y eventual desarrollo de hidrops fetal.^{3,4}

Los anticuerpos anti Ro y anti La se expresan en enfermedades del colágeno como lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Sjögren.

El síndrome de Sjögren es un desorden autoinmune que afecta principalmente a las glándulas exócrinas, con un amplio espectro clínico que va desde una enfermedad expresada por los síntomas de resequedad de ojos y boca, como es el caso de nuestra paciente, hasta una enfermedad sistémica con gran variedad de manifestaciones.⁵

Su diagnóstico muchas veces es complejo y tardío dado lo inespecífico de sus síntomas. Pueden presentarse frecuentemente en individuos sanos, por lo que no suelen motivar la consulta.⁶

Destacamos que sólo en el 2% de las madres seropositivas los fetos van a presentar afección cardíaca.⁷

Los anticuerpos pueden ser transferidos en cualquier momento de la gestación desde las 12 semanas. El período de mayor vulnerabilidad se encuentra entre las 16 y 24 semanas, coincidiendo con un pico en la concentración sérica de estos anticuerpos. Esto explica que más del 80% de los casos de bloqueo AV congénito sean diagnosticados antes de la semana 30.⁴

Dado que el BAVC es poco frecuente y que su reconocimiento y tratamiento precoces mejoran el pronóstico, es que presentaremos a continuación el caso clínico de una gestante, enviada a nuestro servicio para valoración, por diagnóstico ecográfico de bradicardia fetal sostenida a las 20 semanas, en el contexto de patología autoinmune, realizándose diagnóstico de BAVC fetal. Se reali-

zó tratamiento médico intraútero, con buena evolución posterior.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, con dos gestaciones previas, un aborto espontáneo a las 12 semanas y una cesárea por embarazo gemelar, ambos recién nacidos sin cardiopatía.

Cursando embarazo de captación tardía, es enviada a las 20 semanas con diagnóstico ecográfico de bradicardia fetal.

Al ingreso se presenta asintomática, destacando en el examen físico una frecuencia cardíaca fetal de 68 latidos por minuto (lpm). Se solicitan anticuerpos anti Ro y anti La y se realiza ecocardiograma fetal que informa bradicardia sinusal con anatomía cardíaca normal. Los controles ecográficos seriados mostraron siempre una frecuencia cardíaca fetal mayor a 65 lpm, sin alteraciones estructurales, y sin elementos de falla cardíaca

A las 28 semanas se administra ciclo completo de corticoides para inducción de la maduración pulmonar fetal.

El ecocardiograma realizado a las 32 semanas muestra un bloqueo AV completo sin repercusión hemodinámica fetal, ni alteraciones estructurales, con frecuencia cardíaca fetal por encima de 60 lpm de forma mantenida (figuras 1 y 2).

Se reciben resultados de anticuerpos anti Ro y anti La positivos. Se reinterroga a la paciente, realizándose diagnóstico clínico de síndrome de Sjögren, basado en la presencia de prurito generalizado, sequedad ocular, episodios de ojo rojo no doloroso, disminución de lágrimas y conjuntivitis reiteradas.

Se inicia tratamiento escalonado con corticoides en base a dexametasona 4 mg intravenoso día por 20 días, rotando a prednisona vía oral y disminuyendo la dosis de forma

Figura 1

Monitorización electrónica de la FCF

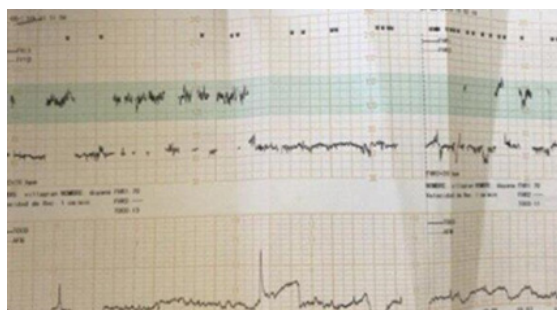
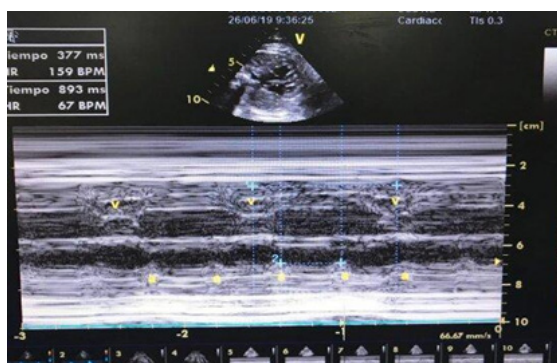


Figura 2

Ecocardiograma fetal: bloqueo auriculoventricular completo. Imagen en modo M, la letra "a" corresponde a la contracción auricular y la letra "v" corresponde a contracción ventricular, observándose una disociación auriculoventricular



paulatina; hidroxycloroquina 200 mg día; ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg día; gammaglobulina hiperinmune 60 g en dosis única y tromboprolifaxis con enoxaparina.

Durante el seguimiento el feto mantuvo buen estado hemodinámico, con una frecuencia cardíaca auricular de 150 lpm y ventricular de 70 lpm, sin signos de insuficiencia cardíaca.

Se coordina interrupción de la gestación a las 39 semanas, realizándose cesárea por solicitud materna.

Se obtuvo un recién nacido vivo, de sexo

masculino, 3.300 gramos, vigoroso, confirmando el BAVCC.

Durante el puerperio se mantiene tratamiento con hidroxyclorequina y se completan 10 días de tromboprofilaxis.

El ecocardiograma del recién nacido muestra cavidades cardíacas de dimensiones normales, comunicación interauricular mínima y buena función biventricular, descartando hipertensión pulmonar significativa. El monitoreo Holter informa bloqueo AV completo durante todo el registro, ritmos de escape QRS angosto y con frecuencia promedio de 72 lpm, con un mínimo de 61 y máximo de 102 lpm. No se observa en ningún momento mejoría de la conducción AV.

El recién nacido presentó buena evolución, sin requerimiento de marcapaso, otorgándole alta a domicilio.

DISCUSIÓN

Durante la gestación podemos encontrar alteraciones en el ritmo cardíaco fetal, con una frecuencia de aproximadamente 1%. La mayoría (90%) presentan buen pronóstico y se consideran benignas, no presentando relevancia clínica. El resto (10%) pueden ser severas y asociarse a patología sistémica materna o a malformaciones cardíacas fetales, con riesgo de muerte en un 10%.⁷

El ritmo cardíaco fetal normal, corresponde a un ritmo que es regular con una frecuencia que oscila entre 110 y 180 lpm, con una relación 1 a 1 entre la actividad auricular y ventricular.

Se define arritmia fetal a un ritmo regular inferior a 110 lpm o mayor a 180 lpm, o cualquier ritmo irregular, intermitente o persistente, en ausencia de dinámica uterina.

Se clasifican según el riesgo de repercusión clínica en arritmias benignas o poten-

cialmente severas. Dentro de las primeras encontramos las extrasístoles, bradicardias y taquicardias sinusales. Y las arritmias potencialmente severas corresponden a taquiarritmias y bradiarritmias persistentes.⁸

Las bradiarritmias se pueden clasificar en bradicardias sinusales y bloqueos.

En cuanto a los bloqueos se clasifican en bloqueos de primer o segundo grado y completo. Los de primer grado son aquellos en los cuales el intervalo PR se encuentra prolongado, siendo un diagnóstico infrecuente en la vida fetal. El bloqueo de segundo grado puede ser una prolongación progresiva del intervalo PR hasta que la onda P no conduce o una prolongación fija con dos contracciones auriculares por cada ventricular (dos P y un QRS).

Por otro lado, el BAVCC es el más severo y hace referencia a una disociación entre la contractilidad auricular y ventricular; con un latido auricular a una frecuencia normal o alta y un latido ventricular regular con frecuencias bajas.

Los bloqueos se pueden presentar asociados a cardiopatías estructurales o sin alteraciones estructurales causado por patologías autoinmunes donde los anticuerpos atraviesan la placenta y actúan a nivel del nodo aurículo ventricular y el sistema de conducción.⁹

El diagnóstico de estas arritmias se realiza mediante auscultación de latidos cardíacos fetales, monitorización electrónica (como en la figura 1) o ecografía obstétrica.

El ecocardiograma es una herramienta fundamental para el diagnóstico prenatal de las arritmias fetales como el bloqueo AV, pudiendo detectar además la presencia de miocarditis asociada (al observar disminución de la contractilidad miocárdica), así como signos de insuficiencia cardíaca.⁹

Permite deducir los fenómenos eléctricos del corazón partiendo de fenómenos mecánicos como el movimiento de las paredes auriculares y ventriculares a través del modo M. o hemodinámicos, como el movimiento de la sangre que entra y sale del corazón, a través del Doppler pulsado de las estructuras cardíacas. Permite además, el estudio anatómico y funcional del corazón y vasos fetales, valorando la coexistencia de elementos de falla cardíaca y malformaciones asociadas a la arritmia fetal.^{8,10}

En gestantes que presentan anticuerpos anti-Ro positivos es oportuno realizar seguimiento con ecocardiograma fetal luego de la semana 16 cada 1 o 2 semanas para diagnosticar de forma precoz alteraciones cardíacas para intervención oportuna y evitar su rápida progresión.¹¹

Se plantea que el bloqueo AV es una enfermedad progresiva, donde en primer lugar aparece un bloqueo de primer grado, pero algunos estudios plantean que las pacientes con anticuerpos anti RO y anti LA positivos antes de las 16 semanas debutaron con bloqueo completo AV.⁷

Se ha demostrado que la administración de glucocorticoides mejora la conducción cardíaca de los fetos portadores de BAVCC. Es recomendable la administración de 4 mg al día de dexametasona desde el momento del diagnóstico y hasta la finalización de la gestación. Los glucocorticoides atraviesan la barrera placentaria, se incorporan a la circulación fetal, y llegan al corazón, disminuyendo la inflamación cardíaca que generan los anticuerpos maternos, mejorando de esta forma la contractilidad cardíaca.¹³

Los efectos adversos de los glucocorticoides a largo plazo continúan siendo estudiados, pero se conoce que debe ser monitoreado el volumen de líquido amniótico y pue-

de ser necesario disminuir la dosis a 2 mg al día para prevenir el oligoamnios.¹⁴ Otros efectos adversos fetales mencionados son la insuficiencia adrenal materna, y alteraciones del crecimiento y neurodesarrollo del recién nacido.

Dada la baja frecuencia de bloqueo AV completo en pacientes únicamente con anticuerpos anti Ro positivos, no se plantea la administración de corticoterapia profiláctica en dichos casos, sabiendo que los corticoides no son inocuos.

A destacar, en presencia de descenso de la frecuencia cardíaca fetal por debajo de 55 latidos por minuto, fibroelastosis o hidrops fetal, se debe indicar un betamimético con el fin de aumentar la frecuencia cardíaca fetal. Se ha reportado una supervivencia por encima del 90% en los casos en que se utilizó dicho fármaco. Dentro de ellos se encuentran la terbutalina⁴ y el salbutamol.¹⁵

En fetos con miocardiopatía o fibroelastosis secundaria a bloqueo AV completo, el uso de inmunoglobulina intravenosa ha reportado buenos resultados y una supervivencia mayor al 80%. La dosis recomendada de inmunoglobulina intravenosa es de 400 mg/kg de peso por día, hasta por 5 días, destacando que no hay datos suficientes en la determinación de la dosis y duración.⁴

Las reacciones adversas de algunas inmunoglobulinas son: nefropatía, meningitis aséptica, eventos tromboembólicos en pacientes con factores de riesgo, anafilaxia en pacientes con deficiencia selectiva de IgA.¹⁶

La hidroxicloroquina es el fármaco de elección en el tratamiento de pacientes embarazadas con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y del síndrome de Sjögren, ya que disminuye la actividad de la enfermedad y los requerimientos de glucocorticoides.¹⁷

En relación al mecanismo de acción de la

hidroxicloroquina se describe la inhibición de la quimiotaxis de eosinófilos, migración de neutrófilos, y disminución de reacciones antígeno-anticuerpo dependiente del complemento.

En cuanto a su seguridad en el embarazo, la FDA la cataloga como categoría C de riesgo. Sin embargo, estudios apoyan su seguridad en el embarazo pudiendo iniciarlo antes de las 10 semanas y continuarlo durante el embarazo.¹ Se destaca que al suspender dicha medicación en pacientes con lupus se ve aumento de actividad de la enfermedad, debiendo mantenerse aún durante el puerperio.¹⁸

No existe consenso sobre el momento óptimo de la finalización de la gestación, siendo el mismo individualizado, dependiendo tanto de las repercusiones fetales como maternas que se presenten. En cuanto a la vía de finalización, no hay contraindicaciones para el parto vaginal.¹²

Luego del nacimiento, debe evaluarse la indicación de colocar marcapaso epicárdico; dado que en caso de generarse fibrosis intrauterina a causa del BAVCC este es un daño irreversible. El marcapaso resulta necesario en un 60-80% de los pacientes con BAVCC, reduciendo la mortalidad global en dichos pacientes al mejorar el ritmo cardíaco.¹⁵

Las principales indicaciones para su colocación en la etapa neonatal son: la presencia de frecuencias ventriculares menores a 55 lpm, cardiopatía congénita asociada a frecuencia ventricular menor de 60-70 lpm, bloqueo AV completo con ritmo de escape con QRS ancho, ectopía ventricular o disfunción ventricular.

Después del primer año de vida, puede ser necesaria su colocación cuando la frecuencia cardíaca promedio sea menor de 50 lpm, o cuando existan pausas bruscas de la

frecuencia ventricular que sean 2 o 3 veces la duración del ciclo o estén asociadas a síntomas.¹⁹

En cuanto al pronóstico, los bloqueos diagnosticados antes de las 20-22 semanas se asocian con significativa morbilidad, empeorando el pronóstico la presencia de signos de insuficiencia cardíaca como ascitis, derrame pericárdico, hidrops y polihidramnios, los cuales se asocian con elevado riesgo de muerte fetal.¹²

Algunos de los signos de mal pronóstico a mencionar son los latidos auriculares menores a 120 por minuto y ventriculares menores a 55 por minuto, presencia de hidrops fetal y falta de respuesta a los corticoides. Siendo la principal causa de muerte fetal la falla cardíaca secundaria a una miocardiopatía degenerativa.⁷ Se describe que los niños con bloqueo AV congénito presentan un 8-20% de mortalidad, dependiendo del compromiso que presenten.

Por otro lado, en relación al pronóstico reproductivo, pacientes que han tenido hijos con bloqueo AV congénito tienen riesgo incrementado entre un 18 y 25% de presentarlo nuevamente.²⁰

CONCLUSIONES

Frente a la presencia de un bloqueo AV completo fetal, es de suma importancia el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, dada la elevada morbilidad perinatal que presenta.

En primer lugar, se deben descartar alteraciones estructurales y valorar etiología, como patologías autoinmunes maternas para actuar en consecuencia.

Existe incertidumbre sobre la fisiopatología e historia natural del BAVC, en donde probablemente se genera daño de forma

súbita, sin un BAV de primer grado previo. En muchos reportes de casos se documenta una rápida transición desde un ritmo normal a un bloqueo AV completo.

En cuanto al tratamiento se recomienda indicar corticoides, hidroxicloroquina y marcapaso, de ser necesario en casos seleccionados, como se discutió durante el trabajo. Por otro lado, es fundamental el seguimiento estricto del estado hemodinámico fetal, sabiendo que, de no estar comprometido, permite mantener una conducta expectante hasta el término del embarazo, hecho de especial importancia para el pronóstico neonatal.

De presentar causa autoinmune y utilizar hidroxicloroquina, esta debe mantenerse durante el puerperio.

Ante situaciones de pacientes con estas características es imprescindible la indicación de hidroxicloroquina y AAS de forma profiláctica en futuros embarazos, desde el inicio del mismo, dado riesgo de un nuevo bloqueo cardíaco fetal, que se da en aproximadamente 25% de los casos.

Por último, se destaca la importancia de la consulta preconcepcional en pacientes de riesgo, para una correcta planificación del embarazo.

Bibliografía

- 1) Izmirly PM, Costedoat-Chalumeau N, Pisoni CN, Khamashta MA, Kim MY, Saxena A, et al. Maternal use of hydroxychloroquine is associated with a reduced risk of recurrent anti-SSA/Ro-antibody-associated cardiac manifestations of neonatal lupus. *Circulation*. 2012;126:76-82.
- 2) Bustos P, Santiago C, Bahamondes F, Jaramillo L. Bloqueo auriculoventricular completo fetal. *Rev Chil Obstet Ginecol*. [Internet]. 2002 [citado 2020 Feb 10]; 67(5): 408-411. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000500015&lng=es.
- 3) Cortés Ramírez J, Cortés de la Torre J, Cortés de la Torre R, Reyes Méndez B, Salazar de Santiago A, Carrillo Aguilar S, et al. Bloqueo AV completo congénito. Revisión y presentación de un caso. *Rev Mex Cardiol*. 2013; 24(3):144-146.
- 4) Poveda Rojas DC, Vélez-Tirado N, Bonilla Cortes L, Roza-Galindo JP. Bloqueo auriculoventricular fetal completo: enfoque diagnóstico y terapéutico; reporte de caso en Bogotá, Colombia y revisión de la literatura. *Rev Col Obstet Ginecol*. [Internet]. 2017;68(4):305-312. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3097>.
- 5) Guerreiro Hernández AM, Villaseca Blanco R, Merlín Linares JC, Leyva Rodríguez A, de la Guardia Peña O, Chang Monteagudo A. Prevalencia y significado clínico de los anticuerpos anti-SSA (RO) en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2017 [citado 2020 Mar 25];33(4):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/552>.
- 6) Corominas H, Fíguls R, Riera M. Síndrome de Sjögren. *Reumatol Clin*. 2008;(4):22-27.
- 7) Siles C, Hernández A, Calvo A, Vergara A, Urcelay G, Carvajal J. Bloqueo cardíaco fetal completo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol*. [Internet]. 2011; 76(6):449-456. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000600013&lng=es.
- 8) Brucato A, Frassi M, Franceschini F, Cimaz R, Faden D, Pisoni MP, et al. Risk of congenital complete heart block in newborns of mothers with anti-Ro/SSA antibodies detected by counterimmunoelectrophoresis: a prospective study of 100 women. *Arthritis Rheum*. 2001; 44(8):1832-1835.
- 9) Gómez O, Masoller N, Martínez JM. Alteraciones del ritmo cardíaco fetal. Arritmias fetales. *Protocolos medicina materno-fetal*. Hospital Clínic. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. 2018:1-26.
- 10) Muñoz H, Copado Y, Díaz C, Muñoz G, Enríquez G, Aguilera S. Diagnóstico y manejo prenatal de patología cardíaca fetal. *Rev Med Clin Las Condes*. 2016;(27):447-475.
- 11) Rodríguez M, Moreno JA, Soto A, Bachmann M, Márquez R, Eltit R. Miocarditis y bloqueo aurículo-ventricular fetal asociado a lupus eritematoso sistémico materno. *Rev Chil Obstet Ginecol*. [Internet]. 2012; [citado 2020 Jul 06]; 77(5):388-392. Disponible en:

- https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500010&lng=es.
- 12) Castro Vilar L, Blanco Pérez S, Vázquez Rodríguez M, Pato Mosquera M, Couso Campeiro B. Bloqueo aurículo-ventricular congénito completo y anticuerpos maternos anti-Ro positivos. *Clín Invest Ginecol Obstet*. [Internet]. 2013;40(2):93-96. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-bloqueo-auriculo-ventricular-congenito-completo-anticuerpos-S0210573X12000081>
 - 13) Trucco SM, Jaeggi E, Cuneo B, Moon-Grady AJ, Silverman E, Silverman N, et al. Use of intravenous gamma globulin and corticosteroids in the treatment of maternal autoantibody-mediated cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(6):715-723.
 - 14) Weber R, Stambach D, Jaeggi E. Diagnosis and management of common fetal arrhythmias. *J Saudi Heart Assoc*. 2011;23(2):61-66. <https://doi.org/10.1016/j.jsha.2011.01.008>.
 - 15) Pérez-Juárez F, Mier-Martínez M, Morales-Garnica GA, Rubio-Neira M. Bloqueo atrioventricular congénito secundario a lupus eritematoso sistémico en etapa prenatal. Presentación de dos casos. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2017; 62(2):141-144.
 - 16) Mogica-Martínez MD. Uso terapéutico actual de la inmunoglobulina intravenosa. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006;44(Supl 2):81-86.
 - 17) Danza A, Díaz L, Ruiz G. Hidroxicloroquina en el embarazo y la lactancia. *Rev Méd Urug*. [Internet]. 2015;31(2):128-132. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000200007&lng=es.
 - 18) Izmirly PM, Kim MY, Llanos C, Le PU, Guerra MM, Askanase AD, et al. Evaluation of the risk of anti-SSA/Ro-SSB/La antibody-associated cardiac manifestations of neonatal lupus in fetuses of mothers with systemic lupus erythematosus exposed to hydroxycloquine. *Ann Rheum Dis*. 2010 oct;69(10):1827-1830.
 - 19) Brugada J, Blom N, Sarquella-Brugada G, Blomstrom-Lundqvist C, Deanfield J, Janousek J, et al. Pharmacological and non-pharmacological therapy for arrhythmias in the pediatric population: EHRA and AEPC-Arrhythmia Working Group joint consensus statement. *Europace*. 2013;15(9):1337-1338.
 - 20) Buyon JP, Heibert R, Copel J, Craft J, Friedman D, Katholi M, et al. Autoimmune-associated congenital heart block: demographics, mortality, morbidity and recurrence rates obtained from a national neonatal lupus registry. *J Am Coll Cardiol*. 1998;31(7):1658-1666.

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vitureira, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Lunes 7 de junio

La Salud Sexual y Reproductiva en la paciente oncológica

Anticoncepción. Dra. Agustina Franciulli.

Abordaje de la sexualidad. Dra. Estela Citrin

Moderadora: Dra. Fernanda Nozar

Lunes 14 de junio

Actualidad en la prevención y abordaje del óbito fetal

Dr. Francisco Coppola. Moderador: Dr. Gualberto Arribeltz



Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay: Sin costo

Inversión uterina subaguda. Reporte de un caso clínico. Revisión de la literatura

Emilio Rosso¹, Ivanna Pertuso², Luis Russi³, Santiago Scasso⁴,
Julio Citera⁵

Resumen

La inversión uterina es un cuadro grave, poco frecuente, que se puede manifestar asociado o no al alumbramiento. Cuando se presenta el diagnóstico y tratamiento debe de ser inmediato para salvaguardar la vida de la paciente.

Objetivos. Analizar un caso clínico sobre inversión uterina subaguda que ocurrió en el Hospital Militar y revisión de la literatura.

Caso clínico. Estudio descriptivo en base a un caso clínico de una paciente de 24 años, obesa mórbida, primigesta que ingresa cursando 39 semanas de edad gestacional, con diagnóstico de estado hipertensivo del embarazo a forma de síndrome preeclampsia eclampsia. Al

ingreso se decide interrupción de la gestación mediante parto vaginal por lo que se coloca inducción del trabajo de parto. Evoluciona al trabajo de parto presentando un parto vaginal normal. Luego de 24 horas de puerperio presenta hemorragia moderada-severa con dolor intenso en hipogastrio, en el examen físico se evidencia de inversión uterina subaguda. Se realiza tratamiento quirúrgico inmediato logrando versión uterina, con conservación del útero.

Conclusiones. La inversión uterina es una complicación obstétrica grave que requiere un diagnóstico rápido e inmediato de acción clínica. A pesar de tratamiento, médico o quirúrgico, el mejor pronóstico ocurre en situaciones en las que el diagnóstico y las maniobras para la reversión uterina se realizan de forma temprana.

Palabras claves: inversión uterina, alumbramiento, hemorragia puerperal

1. Ginecólogo. Sanidad de las Fuerzas Armadas. Montevideo Uruguay
2. Residente Clínica Ginecotocológica C. Facultad de Medicina UdelaR
3. Asistente Clínica Ginecotocológica C. Facultad de Medicina UdelaR
4. Clínica Adj Ginecotocológica C Facultad de Medicina UdelaR
5. Jefe del Departamento gineco-obstetrico de Sanidad de las Fuerzas Armadas. Montevideo Uruguay

Correspondencia: contacto@ago.uy

Recibido: 20/12/2020 Aceptado: 20/02/2021

Abstract

Uterine inversion is a serious, rare condition that may or may not manifest itself associated with childbirth. When the diagnosis and treatment are presented, it must be immediate to safeguard the life of the patient.

Objectives: To analyze a clinical case of subacute uterine inversion that occurred in the Military Hospital and to review the literature.

Clinical case: Descriptive study based on a clinical case of a 24-year-old, morbidly obese, primiparous patient who was admitted at 39 weeks gestational age, diagnosed with a hypertensive state of pregnancy in the form of pre-eclampsia eclampsia syndrome. Upon admission, a decision was made to interrupt the pregnancy by vaginal delivery, for which induction of labor was placed. It progresses to labor presenting a normal vaginal delivery. After 24 hours of the puerperium, she presents moderate-severe hemorrhage with intense pain in the hypogastrium, the physical examination shows evidence of subacute uterine inversion. Immediate surgical treatment is performed, achieving a uterine version, with preservation of the uterus.

Conclusions: Uterine inversion is a serious obstetric complication that requires a rapid and immediate diagnosis of clinical action. Despite treatment, medical or surgical, the best prognosis occurs in situations in which diagnosis and maneuvers for uterine reversal are performed early.

Key Words: uterine inversion, delivery, puerperal hemorrhage.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia obstétrica sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en los países desarrollados y en desarrollo. La inversión uterina es una emergencia obstétrica rara y grave que puede poner en

riesgo el pronóstico vital materno¹, por lo que resulta en una verdadera emergencia materna². Es de suma importancia el rápido diagnóstico de dicha complicación y la instauración inmediata de medidas terapéuticas para reducir dicho riesgo¹.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, obesa mórbida, primigesta. Ingresa cursando 39 semanas de edad gestacional por fecha de última menstruación del día 16/10/2017 acorde a ecografía precoz. Embarazo bien controlado y bien tolerado hasta ese momento.

Ingresa con diagnóstico de estado hipertensivo del embarazo (EHE) a clasificar. Se solicita índice proteinuria/creatininuria, funcional y enzimograma hepático, crisis, hemograma, funcionalidad renal y LDH.

Índice proteinuria/creatininuria 0,22 g/g (valor normal menor a 0,20 en laboratorio de HC.FF.AA).

Se destaca un índice proteinuria/albuminuria positivo: clasificamos a este EHE como un síndrome preeclampsia sin elementos de severidad, por lo que se decide la finalización del embarazo.

Dado score de Bishop menor a 6, no presentando contraindicaciones para parto vaginal, se decide maduración cervical mediante administración de misoprostol, 25 mcg, y luego iniciar inducción con oxitocina mediante bomba de infusión continua. Evoluciona a trabajo de parto.

Se asiste parto vaginal hora 00:20 del día 21/7, feto único en presentación cefálica, occipitopúbica. Peso -----. Sexo masculino, vigoroso. Se realiza alumbramiento activo mediante tracción mantenida de cordón sin incidente. Se administra oxitocina 10 UI intramuscular.

Se destaca como complicación inmediata hemorragia postparto de sangre roja rutilante de cantidad moderada a severa. Útero bien contraído. Se realiza inspección de canal de parto blando y se constata desgarro de cuello uterino. Dado la dificultad por biotipo de la paciente y comenzar con elementos de repercusión hemodinámica dado por hipotensión, taquicardia y leve tendencia al sueño se decide traslado inmediato a block quirúrgico.

En block quirúrgico, se realiza reposición de glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco guiado por anestesista. Bajo anestesia general se realiza inspección de canal de parto blando y se identifica desgarro de cuello hora 3 el cual se logra suturar sin incidentes, resto del canal sin lesiones. Se solicita ingreso a cuidados intermedios, ingresa hemodinámicamente estable.

En la evolución, luego de 24 agrega de forma brusca genitorragia de sangre roja rutilante moderada.

Paciente lúcida, dolorida, sudorosa, hipocoloreada, taquicardia. Presión arterial estable.

Abdomen depresible, útero bien contraído por debajo de cicatriz umbilical.

Al examen genital se tacta masa protruyendo a través del cuello uterino, indurada, que llega a vagina, por lo cual se plantea de inmediato el diagnóstico de inversión uterina puerperal subaguda.

Se decide ingreso urgente a block quirúrgico para resolución.

En block, bajo anestesia general y en posición ginecológica se confirma diagnóstico mediante colocación de valvas. Se intenta introducir esta masa que corresponde al útero mediante presión ascendente, maniobra de Johnson, no logrando el objetivo. Esta maniobra consiste en tomar el fondo ute-

rino con la palma de la mano y desplazarlo a través del cuello, ejerciendo presión hacia el ombligo para que la tirantez de los ligamentos uterinos corrija la inversión. Dado que no se logra corregir la inversión realizando esta maniobra se decide realizar laparotomía exploradora.

Se traslada a la paciente a block, incisión mediana infraumbilical. Abierto el peritoneo se visualiza fondo y cuernos uterinos totalmente invaginados, traccionando ligamentos redondos, trompas de Falopio y pedículos uteroováricos (Figura 1).

Se intenta reposicionar el útero, lo que fue imposible ya que presentaba una contractilidad importante del anillo cervical. (Figura 2). Se decide realizar histerotomía cérvico corporal longitudinal posterior, logrando rápidamente la reversión de la invaginación y restitución del útero a su forma normal. (Figuras 3 y 4).

Se realiza histerorrafia continuo en dos planos (Figuras 5 y 6). Se logra buena contractilidad uterina sin necesidad de útero-tónicos dado la buena contractilidad del útero de forma inmediata con una correcta hemostasia.

Se finaliza cirugía con cierre de pared por planos y se realizan puntos separados en piel con nylon 3.0. Se logra la conservación uterina.

Postoperatorio con buena evolución, se otorga alta a domicilio. Puerperio sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La inversión uterina es una emergencia obstétrica y una rara complicación del periodo del alumbramiento, lo que puede poner en riesgo la vida de la paciente. Su diagnóstico temprano es indispensable para poder op-

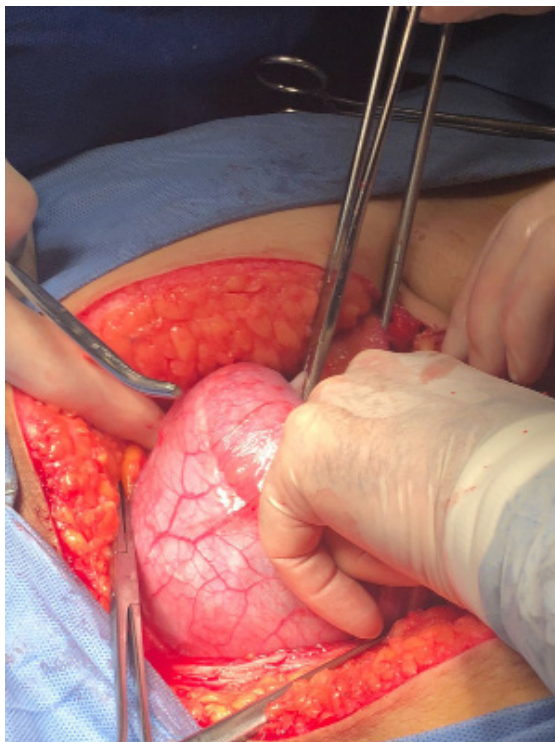
Figura 1

Definir texto



Figura 2

Definir texto



tar por un tratamiento que permita conservar la fertilidad de la mujer.

La incidencia varía según la vía del parto, situándose en 1 cada 1860 en caso de cesárea y 1 en 3737 en los partos vaginales³. Si bien es ampliamente discordante, algunos autores hablan de una incidencia de 1/20.000 en Europa y 1/2.000 en Estados Unidos⁴. No contamos con registros nacionales.

Figura 3

Definir texto

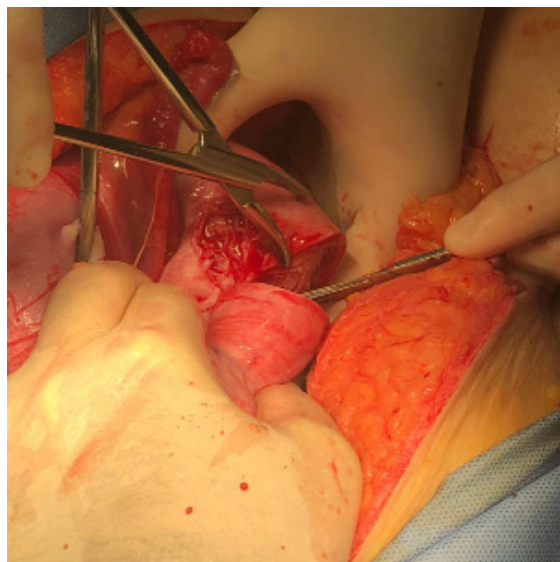


Figura 4

Definir texto

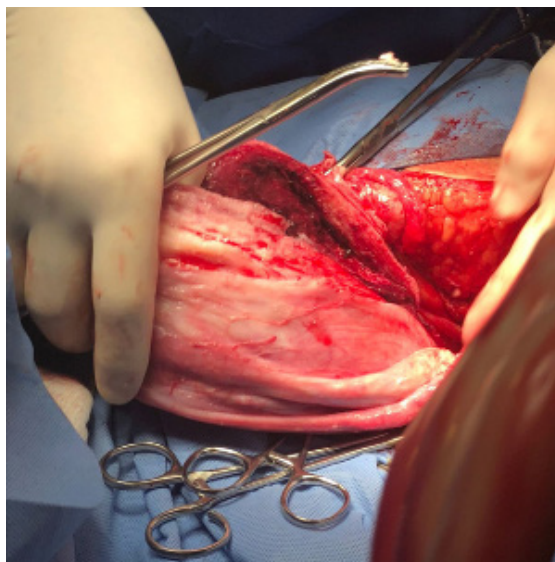


Figura 5

Definir texto

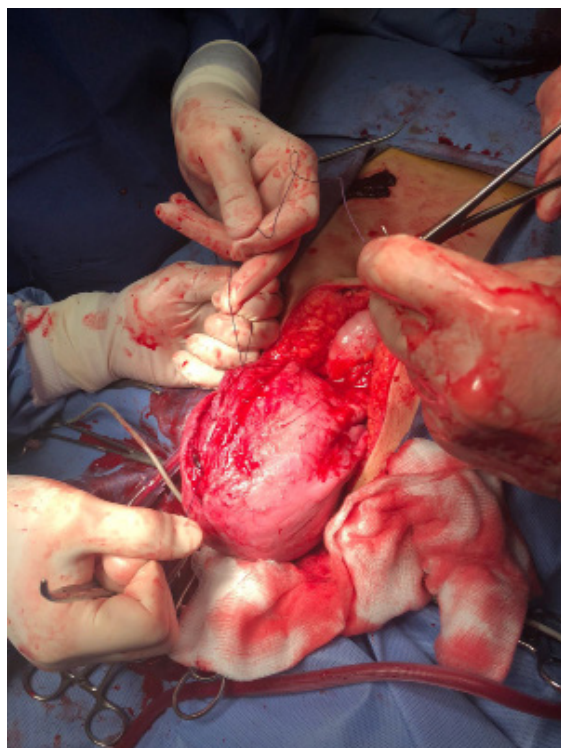
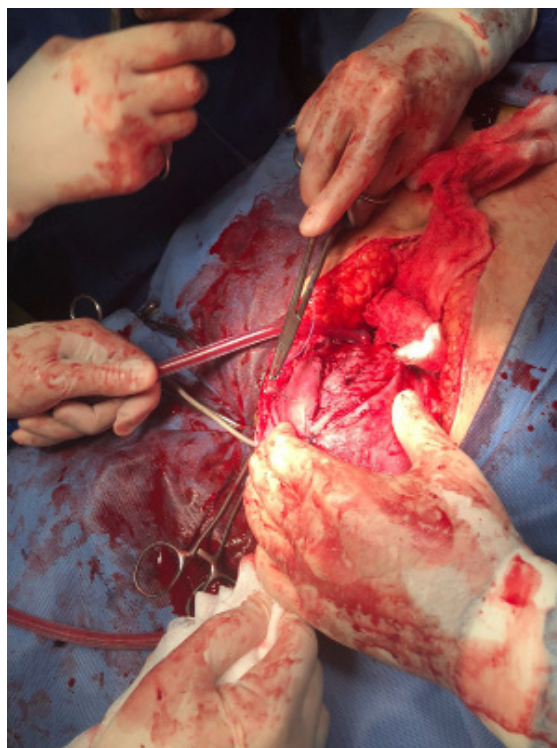


Figura 6

Definir texto



Los signos y síntomas cardinales de la inversión aguda son la hemorragia y el shock hipovolémico en anemia aguda; el reconocimiento y el tratamiento urgente reducen la morbimortalidad⁵.

Es una de las complicaciones más graves que puede suceder en la tercera etapa del parto⁴. La mortalidad por esta complicación

ha disminuido en los últimos años, siendo en la actualidad prácticamente nula dado el diagnóstico oportuno y la rápida puesta de maniobras terapéuticas para resolución de dicho cuadro³. Consiste en la invaginación del fondo uterino a través del cérvix hasta la vagina y que puede asomar a través de la vulva^{3,5}.

Tabla 1

Clasificación según el grado de inversión⁷.

Grado	Características
Grado I	El fondo se extiende hasta el cuello uterino
Grado II	Protrusión del fondo por debajo del anillo cervical pero no alcanza el orificio vaginal
Grado III	Completa. Extensión del fondo hasta el orificio vaginal
Grado IV	Total o prolapso. Vagina invertida con el útero por debajo del orificio vaginal

La inversión uterina se puede presentar en un paciente obstétrica o ginecológica.

Dentro de la inversión obstétrica, según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico se considera que la inversión es: aguda: en las primeras 24 horas del puerperio; subaguda: de 24 horas hasta el primer mes; crónica: luego de 4 semanas^{6,7}.

También podemos clasificar según la extensión de la inversión (tabla 1)⁶. Utilizando esta clasificación nuestra paciente presentó una inversión uterina puerperal subaguda, grado II.

Otra clasificación descrita según el anillo de Bandl en: inversión parcial, cuando el fondo uterino se deprime parcialmente sin alcanzar el anillo de Bandl; inversión completa, cuando el fondo uterino rebasa el anillo e incluye cuello y, el cuerpo uterino se coloca en plena vagina; inversión total, cuando el útero totalmente invertido arrastra consigo a la vagina y se exterioriza a través de la vulva.

En cuanto a la patogenia, es idiopática en muchas ocasiones⁴. Se han descrito algunos factores de riesgo susceptibles de causarla, (tabla 2)³, entre ellos: una presión intraabdominal elevada, la tracción del cordón umbilical y la presión externa sobre el útero (maniobra de Credé)⁹. No obstante, algunos autores afirman que una tracción controlada del cordón no aumentaría el riesgo de hemorragia post parto, rotura del cordón o inversión uterina, reduciendo además la duración del tercer estadio del parto y la necesidad de extracción manual de la placenta⁴.

Algunos autores atribuyen un riesgo aumentado de inversión en trabajos de partos prolongados. Pero también afirman que la combinación de un expulsivo rápido junto con una inducción y una dilatación prolonga-

Tabla 2

Clasificación según el grado de inversión⁷.

Edad joven	Tosal y Pastor, 2007
Nuliparidad	Adesiyun, 2007 ¹⁶
Malformaciones uterinas	Sangwan et al., 2009 ¹⁷
Cirugía uterina previa	Tosal y Pastor, 2007 ⁸
Atonía uterina	Lipitz y Frenkel, 1988 ¹⁸
Relajantes uterinos	Adesiyun, 2007 ¹⁶
Parto precipitado	Witteveen et al., 2013 ¹⁵
Instrumentación	Witteveen et al., 2013 ¹⁵
Macrosomía	Witteveen et al., 2013 ¹⁵
Cordón corto	Shah-Hosseini y Evrad, 1989 ¹⁹
Retención de placenta	Shah-Hosseini y Evrad, 1989 ¹⁹
Placenta accreta	Adesiyun, 2007 ¹⁶
Implantación fúndica de la placenta	Shah-Hosseini y Evrad, 1989 ¹⁹
Tracción excesiva cordón	Lipitz y Frenkel, 1988 ¹⁸
Maniobra Credé exagerada	Lipitz y Frenkel, 1988 ¹⁸
IUP previa	Tosal y Pastor, 2007 ⁸

da constituiría un factor de riesgo para esta patología⁴.

Se plantea que el uso de sulfato de magnesio puede ser un factor de riesgo para la inversión uterina, aunque no hay evidencia científica que lo respalde¹⁰.

El diagnóstico, en la mayoría de los casos, es clínico, sin embargo, en inversiones de grado I puede ser útil realizar una prueba de imagen⁶.

Las principales características de esta complicación son la hemorragia y el shock. La pérdida de sangre depende principalmente del tiempo en el cual el útero está invertido y sangrando pudiendo conducir a inestabilidad hemodinámica. La hipotensión y el shock pueden tener un doble origen, dado que el gran dolor que provoca la inversión secundaria a la tracción de ligamentos y peritoneo provoca un cuadro neurogénico importante aparte del shock hipovolémico por la pérdida sanguínea^{11,12}.

Es fundamental lograr diagnosticar de forma precoz esta complicación mediante la inspección directa desde la vagina o el examen combinado mediante tacto vaginal y

abdominal en concomitancia. La tasa de éxito de esta patología depende de la gravedad de la inversión y del biotipo de la paciente, siendo muy difícil en inversiones de grado I y en pacientes obesas¹⁰.

Cuando un examen físico no es concluyente y el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, el diagnóstico también se puede confirmar con ecografía¹⁰.

Si bien la posibilidad de encontrar imágenes ecográficas típicas de inversión uterina es muy rara dado la baja incidencia de esta afección y que, en general se resuelven de forma precoz sin necesidad de solicitar este estudio, estas podrían ayudar a realizar el reconocimiento y diagnóstico de esta afección en determinadas situaciones².

Los tratamientos descriptos para la reposición del útero se pueden clasificar en cuatro grupos: técnicas no quirúrgicas, cirugía abdominal, cirugía vaginal (planteables en inversiones ginecológicas) o histerectomía⁹.

El tratamiento debe ser inmediato una vez diagnosticada esta complicación, y estar basado en tres puntos principales: estabilización hemodinámica, realizar de forma inmediata el reposicionamiento uterino y evitar una atonía uterina posterior^{12,13,14}.

El enfoque inicial es tratar de revertir inmediatamente el útero con presión manual sobre el fondo uterino a través de la vagina. Esta maniobra llamada de Johnson, debería realizarse lo antes posible para minimizar la pérdida sanguínea y para aumentar la tasa de éxito, ya que cuanto más retrasemos esta maniobra menos chance de resolver dicho cuadro tendrá¹¹. Esto se explica por la involución del cuello uterino que forma un anillo de constricción, lo que hace difícil lograr reposicionar el útero¹⁵.

Esta maniobra puede ser ayudada con la posición de pinzas Foerster sobre el cuello

uterino realizando una tracción mantenida contraria a la presión sobre el fondo uterino¹³.

Es de destacar que la primera medida médica una vez hecho el diagnóstico es suspender inmediatamente el uso de uterotónicos, canalizar una vía venosa para reposición de fluidoterapia, soluciones cristaloides y transfusión sanguínea de ser necesarios⁷.

La administración de tocolíticos está indicada de forma inmediata y concomitante con el resto de medidas terapéuticas a realizar. Salbutamol intravenoso y nifedipina de acción rápida vía oral serían opciones recomendables. Algunos autores han reportado buenos resultados con nitroglicerina para la relajación rápida y transitoria del anillo cervical¹⁶.

En los casos en los que no se pudo resolver con tocolíticos, el siguiente paso inmediato es solicitar la anestesia general, que aumenta el porcentaje de éxito y bajo ésta volver a realizar las maniobras³.

Según estudios clínicos, se sabe que la anestesia mantenida con propofol influye en el tono uterino. Aunque poco se sabe acerca de sus mecanismos exactos de acción, algunos estudios sugirieron que el propofol puede tener efectos significativos sobre el tono muscular uterino, reduciendo la contractilidad de manera dosis dependiente. Puede derivar del efecto bloqueante de canales de calcio o de la producción de óxido nítrico y liberación de células endometriales¹.

Cabe destacar que la anestesia regional no proporciona relajación uterina, por lo tanto no es de utilidad para mejorar la posibilidad de reposicionar el útero. Podría ser útil únicamente proporcionando analgesia post evento⁵.

La mayoría de los autores recomiendan el intento manual de reducción uterina antes de extraer la placenta adherida y antes de

intentarlo de forma quirúrgica. Si se extrae la placenta antes de reducir el útero, la paciente es expuesta a un riesgo mayor de pérdida sanguínea y shock. Después de la reposición, la placenta se desprende con mayor facilidad^{3,5}.

La cirugía vaginal, técnica de Spinelli (1990 -) consiste en la realización de una colpohisterotomía posterior para dividir el anillo de constricción, y la posterior reversión a través de la incisión. Las técnicas vaginales solo son aplicables en el caso de las inversiones ginecológicas⁹.

Cuando el enfoque inicial falla, es necesario realizar una laparotomía^{3,16,17}.

Algunos autores plantean la posibilidad de realizar pequeñas incisiones, con lo cual se podría solucionar dicha complicación. Pero la gran mayoría plantean la realización de una mediana infra umbilical pensando en la eventualidad de complicaciones como la rotura uterina o la necesidad en última instancia de realizar la histerectomía sabiendo que esta vía de abordaje nos permite mejor visualización del espacio retroperitoneal, pudiendo identificar mejor los uréteres. Más aun con los cambios anatómicos que conlleva esta complicación.

Hay dos técnicas quirúrgicas descritas: Huntington y Haultaim¹⁷.

Según la técnica Huntington, las abrazaderas son colocadas en el ligamento redondo, cerca de su inserción en el útero, y la tracción se aplica mientras el asistente ejerce tracción en el camino contralateral a través de la vagina. Esta es la técnica más simple y tiene menor riesgo de complicaciones^{7,18}.

En caso de fallo, se debe realizar la técnica de Haultaim: consiste en realizar una incisión en la porción posterior de anillo formado por el cuello uterino para liberar esta constricción y poder reposicionar el útero¹⁸.

Teniendo en cuenta la baja incidencia de inversión uterina no reducida por la maniobra de Jhonson, no hay ningún estudio de cohorte lo suficientemente grande como para establecer la tasa de éxito de estas dos técnicas quirúrgicas, o ensayos controlados para compararlas¹⁸.

Cabe destacar que en nuestro caso fue necesario agotar todos los pasos terapéuticos hasta realizar esta técnica, con lo cual fue exitoso y sin la necesidad de tener que realizar la histerectomía como último paso terapéutico.

Dado que la atonía uterina es frecuente una vez realizada la reducción uterina, el uso de uterotónicos estaría indicado.

En el caso de persistir la hemorragia post parto o la presencia de una reinversión uterina está indicado la colocación de un balón de taponamiento intrauterino como lo es el balón de Bakri. El uso del balón es efectivo para la resolución de la hemorragia post parto y es efectivo en la prevención de la reinversión¹⁷.

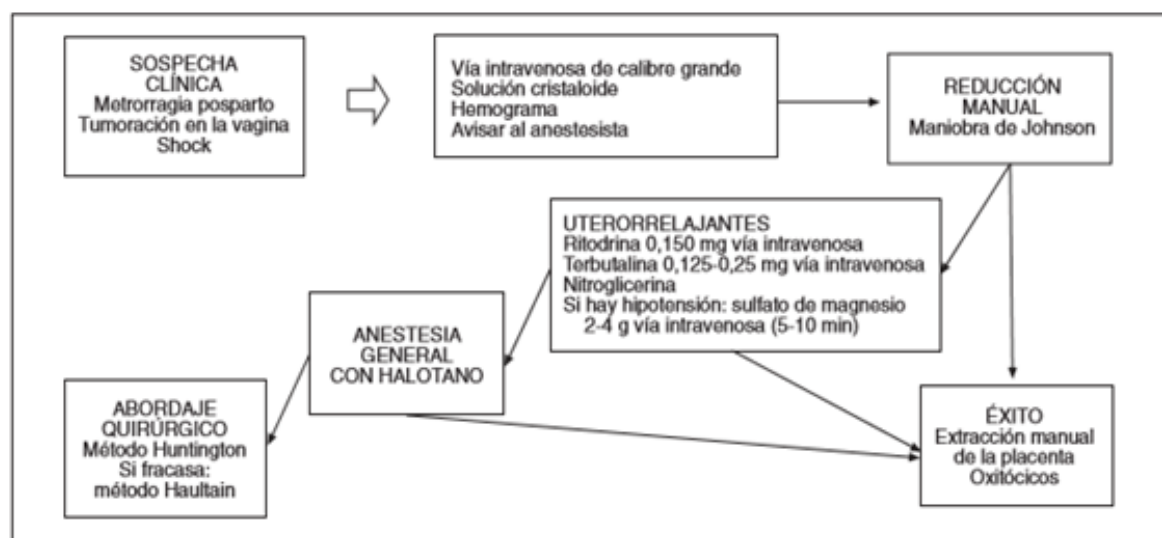
En último caso, si fuese necesario realizar la histerectomía vale recordar que la cirugía para el útero invertido es técnicamente difícil debido a la proximidad de los uréteres a los vasos ováricos y uterinos debido a la tracción de los pedículos vasculares, así como la dificultad para reposicionar el útero, lo cual también genera dificultades en la movilización de la vejiga¹⁸. (Tabla 3).

CONCLUSIONES

La inversión uterina es una complicación obstétrica que, debido a su gravedad, requiere un diagnóstico rápido e inmediato de acción clínica. Su baja incidencia conduce a una escasa experiencia en la resolución de este tipo de situaciones. A pesar de tra-

Tabla 3

Esquema terapéutico de inversión uterina³.



tamiento, médico o quirúrgico, el mejor pronóstico ocurre en situaciones en las que el diagnóstico y las maniobras para la reversión uterina se realizan de forma temprana⁸.

Cuanto menor sea el tiempo que transcurre entre la inversión uterina y la reposición del útero, mayores serán las probabilidades de éxito⁷.

Por lo tanto, esta complicación puede aparecer en cualquier asistencia de nacimiento, principalmente en pacientes sin factores de riesgo, y por lo tanto es fundamental la realización de un diagnóstico precoz y estar familiarizado con las medidas terapéuticas a instaurar^{7,8}.

Bibliografía

1. Poon SS, Chean CS, Barclay P, Soltan A. Acute complete uterine inversion after controlled cord traction of placenta following vaginal delivery: a case report. *Clin Case Reports*. 2016;4(7):699-702.
2. Kawano H, Hasegawa J, Nakamura M, Maruyama D, Arakaki T, Ono A, et al. Upside-Down and Inside-Out Signs in Uterine Inversion. *J Clin Med Res*. 2016;8(7):548-9.
3. González-Díaz E, Fernández Fernández C, Fernández Corona A, García González C, González García C. Inversión uterina puerperal. *Progresos en Obstet y Ginecol [Internet]*. 2007;50(9):537-544. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73226-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73226-0)
4. González López AB, Garrido Moya N, Losa Pajares EM, González de Merlo G. Inversión uterina total: Reposición mediante expresión manual del cuerpo uterino por vía laparotómica. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2012;55(9):449-452.
5. Beringer RM, Patteril M. Puerperal uterine inversion and shock. *Br J Anaesth*. 2004;92(3):439-441.
6. Lozoya Araque T, Monfort Ortiz IR, Rubert Torró L, Renard Meseguer J, Diago Almela VJ, Perales Marín AJ. Inversión uterina puerperal: Experiencia en nuestro centro. *Progresos Obstet y Ginecol*. 2014;57(8):344-348.
7. Fernández RB, Carrazana FD, Antonio O, Alemán R, Elena M, García G, et al. Inversión uterina puerperal subaguda grado II Sub-Acute Puerperal Uterine Inversion Grade II. *Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]*. 2016;42(1):199-207. Available from: <http://scielo.sld.cu>
8. Leal RFM, Luz RM, De Almeida JP, Duarte V, Matos I. Total and acute uterine inversion after delivery: A case report. *J Med Case Rep*. 2014;8(1):1-4.

9. Tosal B, Pastor R. Inversión uterina puerperal. Análisis de un caso y revisión de la literatura médica. Clin Invest Ginecol Obstet [Internet]. 2007;34(1):31–34. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X\(07\)74469-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X(07)74469-6)
10. Smulian JC, Defulvio JD, Diven L, Terrazas JL. Sonographic findings in acute uterine inversion. J Clin Ultrasound. 2013;41(7):453–456.
11. Vavilis D, Tsolakidis D, Athanatos D, Goutzioulis A, Bontis JN. Complete uterine inversion during caesarean section: A case report. Cases J. 2008;1(1).
12. Thiam M, Niang MM, Gueye L, Sarr FR, Diémé MEF, Cissé ML. Uterine inversion managed by the uterine balloon tamponade. Pan Afr Med J. 2015;22:3–6.
13. Milenkovic M, Kahn J, Maletic D. Inversion of the uterus: A serious complication at childbirth. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005;84(1):95–96.
14. Hatada Y. Acute puerperal uterine inversion: careful usage of oxytocic agents for the success of immediate replacement. J Obstet Gynaecol. 2004; 24(3):319–320.
15. Berghella V. Obstetric Evidence Based Guidelines. Obstetric Evidence Based Guidelines. 2017.
16. Fernández Grande I, Castro Vilar L, Araújo Fernández JE, Borrajo Hernández ME. Inversión uterina no puerperal: A propósito de un caso. Progresos Obstet y Ginecol. 2014;57(7):291–293.
17. Haeri S, Rais S, Monks B. Intrauterine tamponade balloon use in the treatment of uterine inversion. BMJ Case Rep. 2015;2015:2014–2015.
18. Saxena RK, Shah T, Thirumalappa S, Sarangapani K. Technique of abdominal hysterectomy for non-puerperal uterine inversion. BMJ Case Rep. 2011;1–5.

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecotológica del Uruguay

2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vitureira, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Jueves 24 de junio

Primeros 1000 días de vida. Nuevas oportunidades en el control prenatal

Dra. Grazzia Rey. Moderadora: Dra. Ana Saldías

Lunes 5 de julio

Histeroscopia diagnóstica.

¿Qué nos ofrece y qué podemos esperar de este estudio?

Dr. Marcelo Hermida. Moderador: Dr. Arturo Achard



Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay: Sin costo

Actividad Científica SGU

Jornadas de Formación Médica Continua

Sociedad Ginecotológica del Uruguay
2021

Modalidad on line | Primer módulo: 29 de abril a 26 de julio

COMITÉ DE FMC

Dr. Gerardo Vituriera, Dra. Natalia Pérez

PRESIDENTE DE LA SGU

Dr. Claudio Sosa

Jueves 15 de julio

Screening de cáncer génito-mamario en pacientes con sospecha de cáncer hereditario

Dr. Fernando Taranto. Moderador: Dr. Santiago Scasso

Lunes 26 de julio

Alcances del screening del primer trimestre en el contexto de la pirámide invertida de controles en el embarazo

Dr. José María Pérez Penco

Neurosonografía fetal. ¿Cuándo debemos solicitarlo y para qué sirve?

Dr. Daniel Beovide. Moderador: Dr. Marcelo de Agostini



Arancel: 1000 pesos por charla

Socios de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay: Sin costo

Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)

Revista científica de la SGU

OBJETIVOS DE LA REVISTA

AGO se ocupa especialmente a la difusión de los trabajos científicos de la especialidad producidos en el Uruguay. Dar cabida a textos de revisión temática y publicar trabajos de investigación emanados en otros países. Todos los artículos son sometidos a arbitraje, realizado por autoridades competentes en los temas en cuestión, de acuerdo con las normas que se publican más abajo.

ÁREAS DE INTERÉS

Todos los temas vinculados a la obstetricia, la perinatología, la esterilidad, la ginecología, la oncología ginecológica, la endocrinología ginecológica y las áreas de investigación vinculadas a las diversas disciplinas que configuran las Sociedades Anexas a la Sociedad Ginecotocológica: Sociedad de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia, Sociedad de Endocrinología Ginecológica y Menopausia, Sociedad de Patología Cervical Uterina, Citología y Colposcopia, Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana, Sociedad de Ecografía del Uruguay. Está abierta además a los trabajos de investigación de cualquier área vinculada a la Salud de la Mujer.

HISTORIA DE LA REVISTA

PERIODICIDAD

AGO se publica **cuatrimestralmente** y se envía gratuitamente a los socios de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay y a las publicaciones que aceptan intercambio.

Se administra por la Comisión Directiva de la SGU y está dirigida por el Editor, apoyado por un Comité Editorial y un Cuerpo de Árbitros.

CONSEJO EDITORIAL

(Primera página de la revista)

ÍNDICE DE LA BIBLIOTECA NACIONAL

ISSN 0797– 0803

COPYRIGHT

Los artículos publicados en la revista están protegidos por los derechos de autor y pueden ser reproducidos total o parcialmente, siempre que se obtenga el permiso escrito de la dirección de la revista.

ARCHIVES OF GYNECOLOGY and OBSTETRICS. (Arch Gyn Obst) (AGO).

Official Journal of the SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY.

OBJECTIVES. AGO publishes specially the scientific works of obstetric and gynecologic investigations in Uruguay. It also publishes texts of thematic revision and publishes works of investigation from other countries. All the articles are put under arbitration, made by competent authorities in the subjects at issue, in agreement with the norms that are published below.

INTEREST AREAS. All the subjects of obstetrics, perinatology, sterility, gynecology, the gynecological oncology, gynecological endocrinology and fields of investigation specially addressed by SGU's Affiliate Societies: Society of Gynecology of the Childhood and the Adolescence, Society of Gynecological Endocrinology and Menopause, Society of Uterine Cervical Pathology, Citology and Colposcopy, Uruguayan Society of Human Reproduction, Society of Ultrasonography of Uruguay. The Journal also accepts papers dealing with investigation in any subject related to Women's Health.

HISTORY OF THE MAGAZINE.

REGULARITY. AGO is published every four months, and it is freely among members of the Sociedad Ginecotocológica del Uruguay. AGO accepts free exchange with similar publications from peer Societies. AGO is managed by the Board of Directors of the SGU and directed by the Editor, supported by an Editorial committee and a Board of Peer-reviewers.

EDITORIAL COMMITTEE: First page.

Index of the National Library.

ISSN 0797– 0803.

COPYRIGHT. The articles published in the magazine are protected by copyrights and can be partially or totally reproduced, whenever the written permission of the direction of the magazine is obtained.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los artículos entregados para su publicación en **Archivos de Ginecología y Obstetricia** deberán adecuarse a las siguientes normas. Recuerde respetar y atenerse a las mismas para evitar retrasos en la edición de sus trabajos. Los trabajos serán inéditos y originales. Una vez entregados no podrán ser presentados en otra publicación, salvo que hayan sido rechazados por el Consejo Editorial. Tampoco se aceptarán trabajos con modificaciones parciales que no cambien sustancialmente el contenido del mismo, ya presentados o publicados en otra revista.

El manuscrito, redactado en español, se presentará escrito en computadora PC compatible, usando MS Word®, en papel de formato estándar A4, de un solo lado, a doble interlineado, con un margen lateral de 4 cm, un original y una copia impresas además de un disquete o CD conteniendo toda la información.

Las tablas y las figuras se presentarán en archivos separados del texto, en procesadores adecuados a su fin, en el disquete o en el CD, debidamente identificados y ordenados. Las tablas se pueden presentar en archivos de extensión original .xls o .doc, sin tramas ni texturas de fondo, en blanco y negro. Los archivos de las figuras —siempre aparte de los archivos de textos y tablas; nunca insertadas entre los textos o copiadas de publicaciones electrónicas alojadas en la web—, se deben presentar en extensiones .tif, en blanco y negro o escala de grises, a una resolución de salida de 300 dpi.

El manuscrito debe ir acompañado con una carta de presentación y la firma y autorización de todos los autores, aprobando los resultados del trabajo, declarando la no presentación simultánea o la publicación previa del trabajo en otros libros o revistas nacionales o internacionales.

Los artículos serán vistos por el Consejo Editorial quienes valorarán la forma y el contenido y someterán los artículos al arbitraje por pares, de lo que pueden surgir las siguientes posibilidades: 1) aceptados sin modificaciones; 2) publicados previas modificaciones aceptadas por los autores y 3) no aceptados. Los motivos de la no aceptación y de las correcciones propuestas serán notificadas a los autores.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Los trabajos deben presentarse de acuerdo a las siguientes normas:

Las páginas deben numerarse consecutivamente arriba y a la derecha. Tablas y figuras: debe señalarse en el texto el lugar donde referirse a la tabla o a la figura. (No incluir ni tablas ni figuras en el texto). Cada tabla o ilustración debe imprimirse en papel por separado con el título y la leyenda correspondiente y debe guardarse en el disquete o en el CD en un archivo separado.

Página del título. Debe incluir:

- Título del artículo redactado en forma concisa pero informativa, con subtítulos si corresponde.
- Nombre completo de cada autor, con la mención del grado académico más alto.
- Cargos docentes o científicos que ocupa (n), nombre del departamento, institución o dependencia de actúa (n).
- Nombre del departamento o institución responsable.
- Nombre, dirección, teléfono, fax o e-mail del autor responsable de la correspondencia acerca del manuscrito.
- La fuente o apoyo en forma de subvenciones, equipos, fármacos o todos ellos

Resúmenes y palabras clave:

La segunda página del manuscrito debe contener un resumen **en español, portugués e inglés**, de no más de 250 palabras ordenado de la siguiente manera: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Conclusiones, donde se establezcan los objetivos del estudio o investigación, los procedimientos básicos, los principales descubrimientos y las conclusiones finales. Deben enfatizarse los aspectos nuevos e importantes del estudio y las observaciones.

Se debe **usar la forma impersonal**, omitiendo juicios críticos o comentarios sobre el valor del artículo y se evitarán las citas de autores y las referencias a tablas, cuadros e ilustraciones. Palabras clave: se utilizará un máximo de 10, que se colocarán a continuación de los resúmenes. Deberán describir el contenido del artículo y facilitar su inclusión en índices, dentro de lo posible de acuerdo a los descriptores *MeSH*.

Texto.

Comenzará en la página 3. En general, aunque no necesariamente, constará de las siguientes secciones: Introducción – Revisión de la literatura – Material y Métodos – Resultados – Discusión – Conclusiones. En artículos muy extensos podrán ser necesarios más subtítulos.

Introducción.

Se exponen con claridad la naturaleza, los fundamentos y los objetivos del estudio, dando una idea de su alcance e importancia, así como de las limitaciones. Los objetivos deben figurar al final de la introducción.

Revisión de la literatura.

Debe basarse en una revisión lo más exhaustiva posible, que permita actualizar los conocimientos en los asuntos que tengan relación di-

recta y específica con el trabajo en cuestión. Es conveniente evitar el exceso de citas, sometiendo previamente a una selección que asegure coherencia y unidad temática.

Material y método.

Se describen los procedimientos utilizados, de forma que el lector pueda juzgar sobre la propiedad de los métodos y el grado de precisión de las observaciones. Se identifican los métodos, aparatos (nombre y dirección del fabricante entre paréntesis) y procedimientos en forma detallada, de manera de permitir la reproducción de los resultados. Se darán referencias sobre métodos establecidos, incluyendo además, en este caso, una breve descripción. Se describirán los métodos nuevos o modificados sustancialmente, explicando las razones de su uso y evaluando sus limitaciones. Los procesos químicos y fármacos utilizados se mencionan por principio activo, incluyendo dosis y forma de administración. No deben mencionarse nombres de pacientes, iniciales o número de ingreso a los hospitales.

Normas éticas.

Cuando se presenten experimentos sobre seres humanos, se indicará si los procedimientos que se siguieron estaban de acuerdo con las normas éticas del comité responsable (institucional o regional) o con la declaración de Helsinki en la versión revisada de 1996.

Estadística.

Describir los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector preparado, el acceso a los datos originales que verifiquen los resultados que se presentan. Cuantificar los hallazgos, siempre que sea posible y presentarlos con los indicadores apropiados de medición de error o de incertidumbre (como los intervalos de confianza). Se debe evitar el fiarse exclusivamente de comprobaciones de hipótesis estadísticas, como el uso de valores de *p*, que no permiten transmitir una información cuantitativa importante. Se debe discutir la elegibilidad de los sujetos de experimentación. Se deben dar detalles sobre la aleatorización. Se han de describir los métodos, y el éxito de cualquier tipo de técnica para observar a ciegas. Informar sobre complicaciones del tratamiento. Precisar el número de observaciones. Mencionar los casos perdidos de la observación (como los abandonos en un ensayo clínico). Las referencias para el diseño del estudio y los métodos estadísticos se deberán remitir, cuando sea posible, a trabajos estándar (con páginas consignadas), en lugar de remitir a los trabajos donde los diseños o métodos fueron originalmente publicados. Especificar cualquier programa de computadora de uso general utilizado.

Resultados.

Es el informe riguroso de la observación experimental. Debe presentarse en forma clara, concisa y lógica, utilizando cuadros, estadísticas gráficas y otras ilustraciones que permitan una mejor interpretación de los hechos que se quieren demostrar. Deben ajustarse a los objetivos planteados en la introducción.

Discusión.

Se abre juicio sobre los resultados obtenidos, se explica, discute y puntualiza su idoneidad y sus limitaciones, comparándolos con los de otros autores. Se debe mostrar cómo los datos obtenidos en los resultados pueden llevar al planteo inicial.

Conclusiones.

Se destacan los descubrimientos o aportes importantes del trabajo los que deben estar íntegramente respaldados por los resultados y ser una respuesta los objetivos de la investigación.

Agradecimientos.

Se dirigen solamente a aquellas personas que han contribuido sustancialmente al estudio.

Bibliografía.

Las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, en el orden en que aparecen mencionadas en el texto. Las referencias que sólo se citan en tablas o figuras, deben numerarse según la aparición de las mismas en el texto. Se redactarán de acuerdo con la forma adoptada por la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU., empleada en el Index Medicus. Los títulos de las revistas se abreviarán, de acuerdo con el estilo adoptado por el Index Medicus, para lo que deben consultarse las publicadas anualmente, en el número de enero. Para las revistas latinoamericanas, se utilizarán las abreviaturas del Index Medicus Latinoamericano. Debe evitarse el uso de observaciones no publicadas. El autor debe verificar las referencias en las publicaciones originales.

Artículos de publicaciones periódicas.

Autor o autores del artículo. Título del mismo. Título abreviado de la revista, año de publicación; volumen: páginas. Se mencionarán hasta seis autores. Cuando el artículo tenga siete o más, se mencionarán los seis primeros, seguidos de la expresión latina *et al.*

Libros y otras monografías.

Los datos bibliográficos se ordenan, en general, de la siguiente forma: Autor. Título. Subtítulo. Edición. Lugar de publicación (ciudad): editor. Año; páginas o volumen.

Autor personal.

Se menciona el apellido del autor y la inicial del nombre, todo en mayúsculas. EN caso de varios autores, se mencionan todos separados por una coma. La inicial del nombre no lleva punto.

Autor corporativo.

Es la entidad responsable del trabajo. Se la menciona en su idioma original, en forma desarrollada.

Título y subtítulo.

Se anotan tal como aparecen en la publicación.

Edición.

Se indica en números arábigos, seguida de la abreviatura *ed.* Ejemplos: 5ª ed. 6ª ed. 5^{ma} ed. Si es primera edición, no debe anotarse.

Pie de imprenta.

Lugar de publicación (ciudad): editor (se menciona el principal, eliminando palabras como Compañía, Limitada, e Hijos, etc.) y año de pu-

blicación. Ejemplo: México: Interamericana, 1976.

Páginas.

Se menciona con números arábigos y puede comprender: número total de páginas: 729 p., Páginas consultadas: 724–729 (724–9). Volumen: v.5.

Parte o capítulo de un libro.

La ordenación de los datos bibliográficos es la siguiente: Autor. Título. Edición. (Si es la primera edición, no debe anotarse). Lugar de publicación: editor, fecha: páginas. La entrada principal se hace por el autor del capítulo, seguido del título y a continuación la referencia completa del libro, precedida de la expresión latina *in*. Congresos, Conferencias, Reuniones.

Se entran por el título del congreso, seguido del número, lugar de realización y fecha.

Tablas.

Deben hacerse en hoja aparte, respetando el doble espacio, numeradas consecutivamente con números arábigos y con un título breve. Cada columna debe llevar un encabezamiento corto o abreviado. Las notas explicativas irán al pie de la página, lo mismo que la explicación de las abreviaturas no conocidas utilizadas en cada tabla. Las tablas se citarán en el texto en orden consecutivo. Si se emplean datos de otras fuentes, debe ser mencionado el agradecimiento y el permiso.

Fotografías.

Serán bien nítidas, impresas en blanco y negro o escalas de grises, adjuntando un archivo correspondiente en disquete o CD, con una resolución de salida de 300 dpi, en un tamaño no mayor al de una foto de 14 x 21 cm, en extensión .tif / .jpeg. Las letras, números o símbolos serán lo suficientemente grandes (cuerpo 10) para que sean legibles después de la reducción. Los títulos y las explicaciones detalladas irán aparte, en las leyendas para ilustraciones. Todas las ilustraciones deberán ir numeradas y referidas en el texto. Cuando se trate de microfotografías, se señalará la técnica utilizada, así como la escala. Los símbolos u letras deben contrastar con el fondo. En caso de enviar ilustraciones o fotografías en color, los gastos de publicación irán por cuenta del autor, salvo que la revista considere imprescindible la inclusión de las mismas en color.

Leyendas de las ilustraciones.

Las leyendas deben escribirse a doble espacio, cada una en página separada, con el número correspondiente a la ilustración. Cuando se utilicen símbolos, números o letras para identificar parte de la ilustración, debe explicarse claramente en la leyenda.

Unidades de medida.

Las medidas de longitud, peso y volumen se deben informar en unidades métricas (metro, kilogramo, litro) o sus múltiplos decimales. Las temperaturas se deben consignar en grados centígrados. La presión arterial se debe dar en

milímetros de mercurio. En las mediciones hematológicas y bioquímicas se ha de emplear el sistema métrico según el sistema internacional de unidades (SI). Los editores pueden solicitar que las unidades alternativas o que no sean del SI sean añadidas por autor antes de la publicación.

Abreviaturas y siglas.

Utilizar sólo la abreviatura estándar. Evitar las abreviaturas en el título y en el resumen. El término completo que está representado por una abreviatura o sigla debe preceder a su primer uso en el texto, a menos que sea una unidad estándar de medida.

ARQUIVOS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Órgão da **SOCIEDADE GINECO-TOCOLÓGICA DO URUGUAI.**

OBJETIVOS DA REVISTA.

AGO ocupa-se especialmente da difusão dos trabalhos científicos da especialidade produzidos no Uruguai. Fornecer espaços a textos de revisão temática e publicar trabalhos de investigação emanados em outros países. Todos os artigos são submetidos a arbitragem, realizados por autoridades competentes nos temas em questão, de acordo com as normas que publicam-se mais adiante.

ÁREAS DE INTERESSE.

Todos os temas vinculados a obstetrícia, a perinatologia, a esterilidade, a ginecologia e as áreas de investigação vinculadas as diversas disciplinas que configuram as Sociedades Anexas a Sociedade Ginecotológica: Sociedade de Ginecologia da Infância e da Adolescência, Sociedade de Endocrinologia Ginecológica e Menopausa, Sociedade de Patologia Cervical Uterina, Citologia e Colposcopia, Sociedade Uruguia de Reprodução Humana, Sociedade de Ultrasonografia do Uruguai. Está também aberta aos trabalhos de investigação de qualquer área vinculada à Saúde da Mulher.

HISTÓRIA DA REVISTA.

PERIODICIDADE.

AGO publica-se trimestralmente, e envia-se gratuitamente aos sócios da Sociedade Gineco-tológica do Uruguai e as publicações que aceitam intercâmbio. Administra-se pela Comissão Diretiva da SGU e está dirigida pelo Editor, apoiado por um Comitê Editorial e um Corpo de Árbitros.

COMITÊ EDITORIAL

Primeira página.

ÍNDICE DA BIBLIOTECA NACIONAL.

SIN 0797-0803

COPYRIGHT.

Os artigos publicados nesta revista estão protegidos pelos direitos do autor e podem ser reproduzidos total ou parcialmente, sempre que obtenga-se o permesso escrito da direção da revista.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Os artigos entregados para sua publicação em Arquivos de Ginecologia e Obstetrícia deverão-se adequar as seguintes normas. Lembre-se respeitar e ater-se as mesmas para evitar atrasos na Edição de seus trabalhos.

Os trabalhos serão inéditos e originais. Uma vez entregos não poderão ser apresentados em outra publicação, salvo que tenham sido rejeitados pelo Conselho Editorial. Não se aceitarão trabalhos com modificações parciais que não mudem substancialmente o conteúdo do mesmo, já apresentados ou publicados em outra revista.

O manuscrito, redactado em espanhol, se apresentará escrito em computador PC compatível, usando MS Word®, em papel de formato padrão A4, de um lado só, a duplo interlinhado, com margem lateral de 4 cm, um original e uma cópia impressas além de um disquete ou CD contendo toda a informação.

As tabelas e as figuras se apresentarão em arquivos separados do texto, em processadores adequados ao seu fim, no disquete ou no CD, devidamente identificados e ordenados. As tabelas podem-se apresentar em arquivos de extensão original .xls ou .doc, sem desenhos ou texturas de fundo, em branco e preto. Os arquivos das figuras —sempre fora dos arquivos de textos e tabelas; nunca inseridas nos textos ou copiadas de publicações eletrônicas situadas na web—, devem-se apresentar em extensões .tif, em branco e preto ou escala de cinza, a uma resolução de 300 dpi.

O manuscrito deve ir acompanhado com uma carta de apresentação e a assinatura e autorização de todos os autores, aprovando os resultados do trabalho, declarando a não apresentação simultânea ou a publicação prévia do trabalho em outros livros ou revistas nacionais ou internacionais.

Os artigos serão vistos pelo Conselho Editorial quem valorará a forma e o conteúdo e someterão os artigos a arbitragem por duplas, do que podem surgir as seguintes possibilidades:

1) aceitados sem modificações; 2) publicados prévias modificações aceitas pelos autores e 3) não aceitados. Os motivos da não aceitação e das correções propostas serão notificadas aos autores.

PRESENTAÇÃO DO TRABALHO.

Os trabalhos devem-se apresentar de acordo às seguintes normas:

As páginas devem-se numerar consecutivamente encima e a direita. Tabelas e figuras: devem-se senhar no texto o lugar onde referir-se a tabela ou a figura. (Não incluir nem tabelas nem figuras no texto). Cada tabela ou ilustração deve-se imprimir em papel por separado com o título e a legenda correspondente e deve-se guardar no disquete ou no CD em um arquivo separado.

Página do título. Deve incluir:

- Título do artigo redactado em forma concisa

sa mas informativa, com subtítulos se corresponde.

- Nome completo de cada autor, com a menção do grau acadêmico mais alto.
- Cargos docentes ou científicos que ocupa (n), nome do departamento, instituição ou dependência que actua (n).
- Nome do departamento ou instituição responsável.
- Nome, direção, telefone, fax, ou e-mail do autor responsável da correspondência vinculada ao manuscrito.
- A fonte ou apoio em forma de subvenções, equipes, fármacos ou todos eles.

Resúmos e palavras chaves:

A segunda página do manuscrito deve conter um resumo **em espanhol, português e inglês**, de no mais de 250 palavras ordenado da seguinte maneira: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Conclusões, onde se estabeleçam os objetivos do estudo ou investigação, os procedimentos básicos, os principais descobrimentos e as conclusões finais. Devem-se enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as observações.

Deve-se **usar a forma impessoal**, omitindo juízos críticos ou comentários sob o valor do artigo e evitarão-se as citas de autores e as referências a tabelas, quadros e ilustrações. Palavras chaves: se utilizará um máximo de 10, que se colocarão a continuação dos resúmenes. Deverão descrever o conteúdo do artigo e facilitar sua inclusão em índices, dentro do possível de acordo aos descritores **MeSH**.

Texto.

Começará na página 3. Em geral, mas não necessariamente, constará das seguintes sessões: Introdução – Revisão da literatura – Material e Métodos – Resultados – Discussão – Conclusões. Em artigos muito extensos poderão ser necessários mais subtítulos.

Introdução.

Expõe-se com clareza a natureza, os fundamentos e os objetivos do estudo, dando uma ideia de seu alcance e importância, assim como das limitações. Os objetivos devem figurar ao fim da introdução.

Revisão da literatura.

Deve-se basear em uma revisão do mais exaustiva possível, que permita atualizar os conhecimentos nos assuntos que tenham relação direta e específica com o trabalho em questão. É conveniente evitar o excesso de citas, submetendo-as previamente a uma seleção que garanta coerência e unidade temática.

Material e método.

Descrevem-se os procedimentos utilizados, de forma que o leitor possa julgar sob a propriedade dos métodos e o grau de precisão das observações. Identificam-se os métodos, aparelhos (nome e endereço do fabricante entre parênteses) e procedimentos em forma detalhada, permitindo a reprodução dos resultados. Darão-se referências sob métodos estabelecidos, incluindo ainda, neste caso, uma breve descrição. Descreverão-se os métodos novos

ou modificados substancialmente, explicando as razões do seu uso e avaliando suas limitações. Os processos químicos e fármacos utilizados mencionam-se por princípio ativo, incluindo doses e forma de administração. Não devem-se mencionar nomes de pacientes, iniciais ou número de ingresso aos hospitais.

Normas éticas.

Quando se apresentem experimentos sob seres humanos, se indicarão se os procedimentos que seguiram estavam de acordo com as normas éticas do comitê responsável (institucional ou regional) ou com a declaração de Helsinki na versão revisada de 1996.

Estatística.

Descrever os métodos estadísticos com suficiente detalhe como para permitir ao leitor preparado, o acesso aos dados originais que verifique os resultados que apresentam. Quantificar as descobertas, sempre que seja possível e apresentá-las com os indicadores apropriados de medição de erro ou de dúvidas (como os intervalos de confiança). Deve-se evitar o confiar exclusivamente de comprovações de hipóteses estadísticas, como o uso de valores de p, que não permitem transmitir uma informação quantitativa importante. Deve-se discutir a elegibilidade dos sujeitos de experimentação. Devem-se dar detalhes sob a aleatorização. Descrever-se-ão os métodos, e o êxito de qualquer tipo de técnica para ver a cegas. Informar sob complicações de tratamento. Definir o número de observações. Citar os casos perdidos da observação (como os abandonos em um ensaio clínico). As referências para o desenho do estudo e os métodos estadísticos deverão-se remitir, quando seja possível, a trabalhos padrão (com páginas consignadas), em lugar de remitir aos trabalhos onde os desenhos ou métodos foram originalmente publicados. Especificar qualquer programa de computador de uso geral utilizado.

Resultados.

É o informe rigoroso da observação experimental. Deve-se apresentar em forma clara, concisa e lógica, utilizando quadros, estadísticas gráficas e outras ilustrações que permitam uma melhor interpretação dos fatos que queram-se demonstrar. Devem-se ajustar aos objetivos planejados na introdução.

Discussão.

Abre-se juízo sob os resultados obtidos, explica-se, discute e pontualiza sua idoneidade e suas limitações, comparando-os com os de outros autores. Deve-se mostrar como os dados obtidos nos resultados podem levar ao planejamento inicial.

Conclusões.

Destacam-se os descobrimentos ou aportes importantes do trabalho os que devem estar integralmente respaldados pelos resultados e ser uma resposta os objetivos da investigação.

Agradecimentos.

Dirigem-se somente a aquelas pessoas que tenham contribuído substancialmente ao estudo.

Bibliografia.

As referências bibliográficas numeram-se consecutivamente, em ordem em que aparecem mencionadas no texto. As referências que só citam-se em tabelas ou figuras devem-se numerar segundo a aparição das mesmas no texto. Redactarão-se de acordo com a forma adotada pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EE.UU., empregado no Index Medicus. Os títulos das revistas abreviar-se-ão, de acordo com o estilo adotado pelo Index Medicus, para o que devem-se consultar as publicadas anualmente, no número de janeiro. Para as revistas latinoamericanas, utilizarão as abreviaturas do Index Medicus Latinoamericano. Deve-se evitar o uso de observações não publicadas. O autor deve verificar as referências nas publicações originais.

Artigos de publicações periódicas. Autor ou autores do artigo. Título do mesmo. Título abreviado da revista, ano de publicação; volume: páginas. Mencionar-se-ão até seis autores. Quanto o artigo tenha sete ou mais, mencionar-se-ão os seis primeiros, seguidos da expressão latina *et al*.

Livros e outras monografias. Os dados bibliográficos ordenam-se, em geral, da seguinte maneira: Autor. Título. Subtítulo. Edição. Lugar de publicação (cidade): editorial. Ano; páginas ou volume.

Autor pessoal. Menciona-se o sobrenome do autor e a inicial do nome, tudo em maiúsculas. No caso de varios autores, mencionam-se todos separados por uma vírgula. A inicial do nome não leva ponto.

Autor corporativo. É a entidade responsável do trabalho. Menciona-se em seu idioma original, em forma desenrolada.

Título e subtítulo. Anotam-se tal como aparecem na publicação.

Edição. Indica-se em números arábicos, seguida da abreviatura *ed*. Exemplos: 5ª ed. 6ª ed. 5ª ed. Se é a primeira edição, não deve anotar-se.

Pé de imprenta. Lugar de publicação (cidade): editor (menciona-se o principal, eliminando palavras como Companhia, Limitada, e Filhos, etc.) e ano de publicação. Exemplo: México: Interamericana, 1976.

Páginas. Menciona-se com números arábicos e podem compreender: número total de páginas: 729 p., Páginas consultadas: 724–729 (724–9). Volume: v.5.

Parte ou capítulo de um livro.

A ordenação dos dados bibliográficos é a seguinte: Autor. Título. Edição. (Se é a primeira edição, não deve-se anotar). Lugar de publicação: editor, data: páginas. A entrada principal se faz pelo autor do capítulo, seguido do título e a continuação da referência completa do livro, precedida da expressão latina *in*.

Congressos, Conferências, Reuniões.

Entram-se pelo título do congresso, seguido do número, lugar de realização e data.

Tabelas.

Devem-se fazer em folha à parte, respeitando o dobro espaço, numeradas consecutivamente com números arábicos e com um título breve. Cada coluna deve levar um cabeçalho curto ou abreviado. As notas explicativas irão ao pé da página, o mesmo que a explicação das abreviaturas não conhecidas utilizadas em cada tabela. As tabelas citarão-se no texto em ordem consecutivo. Empleam-se dados de outras fontes, deve ser mencionado o agradecimento e o permissão.

Fotografias.

Serão bem nítidas, impressas em branco e preto ou escalas de cinza, adjuntando um arquivo correspondente em disquete ou CD, com uma resolução de saída de 300 dpi, em um tamanho maior ao de uma foto de 14 x 21 cm, em extensão .tif. As letras, números ou símbolos serão o suficientemente grandes (corpo 10) para que sejam legíveis após da redução. Os títulos e as explicações detalhadas irão à parte, nas legendas para ilustrações. Todas as ilustrações deverão ir numeradas e referidas no texto. Quando trate-se de microfotografias, sinalizará-se a técnica utilizada, assim como a escala. Os símbolos ou letras devem-se contrastar com o fundo. No caso de enviar ilustrações ou fotografias em cores, os gastos de publicação irão por conta do autor, salvo que a revista considere imprescindível a inclusão das mesmas em cores.

Legendas das ilustrações.

As legendas devem-se escrever em dobro espaço, cada uma em página separada, com o número correspondente à ilustração. Quando utilizem-se símbolos, números ou letras para identificar parte da ilustração deve-se explicar claramente na legenda.

Unidades de medida.

As medidas de longitude, peso e volume devem-se informar em unidades métricas (metro, kilogramo, litro) ou seus múltiplos decimais. As temperaturas devem-se referir em graus centígrados. A pressão arterial deve-se dar em milímetros de mercúrio. Nas medições hematológicas e bioquímicas há de emplear-se o sistema métrico segundo o sistema internacional de unidades (SI). Os editores podem solicitar que as unidades alternativas ou que não sejam do SI sejam acrescentadas pelo autor antes da publicação.

Abreviaturas e siglas.

Utilizar só a abreviatura padrão. Evitar as abreviaturas no título e no resumo. O término completo que está representado por uma abreviatura ou sigla deve proceder a seu primer uso no texto, a menos que seja uma unidade padrão de medida.

florence[®] 28

DIENOGEST 2 mg ETINILESTRADIOL 0,03 mg

Mejora la piel, el cabello y
contribuye a controlar el acné



Si tu elección es Dienogest,
tu mejor opción es **Urufarma**

