

AGO.uy

ARCHIVOS de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

Publicación oficial de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay

ISSN 0797-0803

2018

Volumen 56

Número 1

Páginas 1-52



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

2018; Volumen 56, Número 1: 1-52 • ISSN 0797-0803

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

COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SGU

Presidente:	Dr. Gerardo Vitureira Liard
Past-president:	Dra. Nancy Murillo
1^{er}. Vicepresidente:	Dr. Claudio Sosa
2^{do}. Vicepresidente:	Dra. Ana Saldías
Secretaria:	Dra. Natalia Pérez Pérez
Prosecretario:	Dr. Arturo Achard
Tesorero:	Dr. José C. Fagnoni Bollo
Pro-Tesorero:	Dra. Beatriz Vidarte
Biblioteca y Publicaciones:	Dra. Claudia Torrado

SOCIEDADES ANEXAS DE LA SGU

Sociedad Uruguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia

PRESIDENTE: Dra. Marianela Lourido

Sociedad de Endoscopia Ginecológica del Uruguay

PRESIDENTE: Dr. Marcelo Hermida

Sociedad Uruguaya de Reproducción Humana

PRESIDENTE: Dra. Ana María Capurro

Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior, Citología y Colposcopia del Uruguay

PRESIDENTA: Dra. Silvana Vitale

Sociedad de Ecografía Ginecotocológica del Uruguay

PRESIDENTA: Dr. Jorge González Rocha

Sociedad Uruguaya de Endocrinología Ginecológica y Menopausia

PRESIDENTE: Dra. Beatriz Castro

Sociedad Uruguaya de Ginecología Oncológica

PRESIDENTE: Dr. José C. Fagnoni Bollo

Sociedad Uruguaya de Salud Sexual y Reproductiva

PRESIDENTE: Dra. Leticia Rieppi

Sociedad Uruguaya de Simulación Clínica Gineco-obstétrica

PRESIDENTE: Dra. Analía Grenno

Sociedad Mastología Ginecológica

PRESIDENTE: Dr. Eduardo Musetti

Sociedad Uruguaya de Perineología

PRESIDENTE: Dr. Edgardo Castillo

Consejo Editorial SGU • AGO

Dr. José Enrique Pons, Dr. Gustavo Ferreiro, Dr. Gerardo Vitureira Liard, Dr. Claudio Sosa, Dra. Natalia Pérez Pérez

Bibliotecóloga

Carmen Luz Rodríguez

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 Milanese
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

<http://www.sguguay.org> | e mail: secretaria@sguguay.org

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.

www.ago.uy

REVISTA ARBITRADA

PROYECTO AGO.UY

Patrocinantes

URUFARMA
GADOR
TRESUL

POSTINOR® 1

Levonorgestrel 1.5 mg

Jolian®

Drospirenona 3 mg
+Etinilestradiol 0,02 mg

Rosina®

Drospirenona 3 mg
+Etinilestradiol 0,03 mg

Rosina CD®

Drospirenona 3 mg + Etinilestradiol 0,03 mg

sibilla®

Dienogest 2 mg
+Etinilestradiol 0,03 mg

Alta confiabilidad

**Calidad europea
al alcance de sus manos**



GEDEON RICHTER

Ofreciendo calidad para
la salud femenina desde 1901



LABORATORIO
TRESUL

Calidad europea al
alcance de sus manos

Contenido

EDITORIAL	7
Interrupción voluntaria del embarazo en usuarias adolescentes de una institución privada del Sistema Nacional Integrado de Salud de Montevideo, Uruguay	9
A. Bianchi ¹ , R. Moran ² , A. Visconti ³ , C. Duarte ⁴	
Análisis del diagnóstico de sospecha de hipoxia fetal en pacientes con indicación de cesárea por esta causa en el Centro Hospitalario Pereira Rossell	15
V. Bentancor ¹ , C. Bertoche ¹ , R. Pison ² , N. Martino ³ , C. Sosa ⁴	
Pentalogía de Cantrell: reporte de un caso	21
V. Alonso ¹ , S. Viroga ² , M. Alonzo ³ , M. De Agostini ⁴ , W. Lauría ⁵	
Obesidad y sobrepeso como factores de riesgo para eventos adversos obstétricos-perinatales	29
F. Feldman ¹ , V. Alonso ² , V. López Radcenco ³ , S. Viroga ⁴ , G. Vituriera ⁵	
Tecoma luteinizado (tecomatosis) asociado a peritonitis esclerosante. Presentación de un caso y revisión de la literatura	37
C. Álvarez ¹ , A. Sica ² , S. Melesi ² , G. Garrido ² , M. Rosasco ² , A. Feijó ² , M.C. Rodríguez ² , V. Carbonatti ² , G. Ordoqui ³	
Normas de Publicación. Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)	47
Órgano de la SGU	

ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

damsel®

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

EDITORIAL

Estimados lectores:

Es un placer para mí presentar el primer número de la revista *Archivos de Ginecología y Obstetricia* de la Sociedad Ginecotocológica del Uruguay de 2018, en formato electrónico y con un sitio web específicamente destinado a estas comunicaciones. Son conocidas e innumerables las ventajas de crear un sitio web con estas prestaciones, sin embargo quiero destacar algunos aspectos importantes y que nos involucran a todos:

- La mayor *visibilidad y exposición* al mundo de los artículos aquí publicados y del trabajo de todos nuestros autores, revisores y editores.
- La facilidad para *compartir estos artículos* ya sea para difusión o para consulta.
- El sistema de *gestión on line de publicaciones científicas* que permite la edición y publicación de los artículos científicos a través de una plataforma que conecta a todos los participantes —autores científicos, revisores, editores y administradores— dándoles las herramientas a cada uno para gestionar el proceso y contenidos de acuerdo a su función y nivel de responsabilidad en la tarea de publicar la revista.
- La posibilidad de incorporar, en una nueva fase, productos audiovisuales de formación continua, como complemento de los contenidos naturales de la revista.

Este es un logro que espero sirva para que toda la comunidad Ginecológica y Obstétrica pueda acercarse con más rapidez, comodidad y a demanda, a los conocimientos que surgen de nuestra práctica clínica.

El objetivo ahora es aprovechar esta herramienta tecnológica, sus nuevos recursos, explorarlos, conocerlos y compartir con todos sus contenidos, por diferentes medios: su concreción y desarrollo nos demanda un importante esfuerzo económico y de trabajo, necesario para adecuar nuestra revista, y todos los productos de formación continua asociados a ella, a las tecnologías del mundo actual.

Espero disfruten tanto como yo este primer número y en breve los esperamos con la publicación del segundo número del volumen 56.

Los saluda con afecto,

DRA. NATALIA PÉREZ
Editora AGO

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

Interrupción voluntaria del embarazo en usuarias adolescentes de una institución privada del Sistema Nacional Integrado de Salud de Montevideo, Uruguay

A. Bianchi¹, R. Moran², A. Visconti³, C. Duarte⁴

Sanatorio Casa de Galicia
Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción. El embarazo en la adolescente es un problema de salud a nivel mundial, alcanzando en nuestro país hasta un 29% en el subsector público y un 10% en el privado. En el año 2012 en Uruguay se aprueba la ley N° 18987 que regula las condiciones para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), cuya finalidad principal es disminuir las complicaciones del aborto efectuado en condiciones de riesgo, una de las principales causas de muerte materna.

Objetivo: Determinar la prevalencia de IVE en adolescentes usuarias de un centro de salud privado del Sistema Nacional Integrado de Salud de Montevideo, durante el período febrero 2013-diciembre 2016.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Incluyó a usuarias de sexo femenino de la institución, de hasta 19 años de edad que llevaron a cabo el procedimiento de IVE por primera vez durante el período febrero 2013-diciembre 2016. Se recabaron datos de planillas de uso de la policlínica de salud sexual y reproductiva-IVE, corroborando los mismos mediante historia clínica.

Resultados: La frecuencia relativa de adolescentes que realizaron la IVE fue de 0,17, con gran predominio en adolescentes tardías (0,98). El método utilizado para la IVE fue mifepristona-misoprostol en todos los casos. El método anticonceptivo postevento más frecuentemente elegido fue el anticonceptivo oral (0,59).

Conclusiones: De las usuarias de sexo femenino de la institución, la frecuencia relativa de adolescentes que realizaron IVE fue de 0,02, siendo casi el total de las mismas adolescentes tardías. Se observó que las variables analizadas

1. Residente ginecología, Sanatorio Casa de Galicia.
2. Asistente Clínica Ginecología B.
3. Responsable de la policlínica de Salud Sexual y Reproductiva, Sanatorio Casa de Galicia.
4. Jefe Servicio Ginecología, Sanatorio Casa de Galicia.

Correspondencia: Adrián Bianchi
adrianbianchi_2@hotmail.com

Recibido: 05/02/18. Aceptado: 17/04/18

en nuestra institución no difieren de las de la población de nuestro país.

Palabras clave: reducción de riesgo, interrupción voluntaria del embarazo, embarazo adolescente, Uruguay.

Abstract

Introduction: Adolescent pregnancy is a health problem worldwide, reaching in our country up to 29% and 10% in public and private centres respectively. In 2012, Law 18987 was approved in Uruguay. It regulates the conditions for the voluntary termination of pregnancy (VTP). Its main purpose is to reduce the complications of abortion carried out in unsafe conditions, one of the main causes of maternal death.

Objective: To determine the prevalence of VTP in adolescent users of a private health centre included in the Integrated National Health System in Montevideo, during the period February 2013–December 2016.

Material and methods: An observational, des-

criptive, retrospective study was carried out. It includes female users of the institution, of up to 19 years of age who carried out the VTP procedure for the first time during the period February 2013–December 2016.

Data were collected from forms filled in the sexual and reproductive health clinic, corroborated through clinical records.

Results: The relative frequency of adolescent users who performed VTP was 0.17, with a high prevalence in late adolescents (0.98). The method used to perform the VTP was mifepristone–misoprostol in all cases. The most frequently contraceptive method chosen post VTP was oral contraceptives (0.59).

Conclusions: Of the female users of the institution, the relative frequency of adolescents who performed VTP was 0.02, being almost all late adolescents. It was observed that the variables analyzed in our institution do not differ to those of the population of our country.

Key words: risk reduction, voluntary abortion, pregnancy adolescents, Uruguay.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años. La divide además en adolescencia temprana, entre los 10 y los 15 años, y tardía, entre 16 y 19 años.^[1]

El embarazo en la adolescente es un tema relevante de salud mundial. Al año se presentan aproximadamente 16 millones de nacimientos en mujeres de entre 15-19 años y 1 millón en menores de 15 años, la mayoría en países de bajos y medianos ingresos.^[1] Conlleva un aumento de la morbilidad materna durante el embarazo parto y puerperio, así como mayor incidencia de prematuridad, bajo peso al nacer y muerte neonatal. Además, genera alteraciones a nivel de la esfera emocional y afectiva de estas adolescentes.^[2]

En su gran mayoría son embarazos no intencionales: dos tercios de las adolescentes embarazadas de entre 15 - 19 años declararon durante el embarazo que éste no fue planeado.^[2]

En septiembre de 2016 el gobierno uruguayo anunció públicamente el diseño e implementación de una *"Estrategia intersectorial y nacional de prevención del embarazo no intencional en adolescentes"*. Esta estrategia forma parte de los objetivos sanitarios nacionales para el año 2020 con el fin de disminuir la incidencia del embarazo no intencional en adolescentes y sus determinantes, garantizando la promoción y el ejercicio de sus derechos.^[2]

Teniendo en cuenta que en nuestro país durante el período de 1995-1999 el aborto en condiciones de riesgo representó la principal causa de muerte materna (28%) es que en noviembre de 2012 se aprueba la Ley N° 18,987. Dicha ley regula las condiciones para

la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y por medio de la cual ésta no será penalizada, en el caso de la que la mujer cumpla con los requisitos que establece.^[3] La misma tiene la finalidad de disminuir las complicaciones del aborto efectuado en condiciones de riesgo, que representa una importante causa de morbilidad materna, afectando a mujeres jóvenes y que por tanto repercute en distintos ámbitos de nuestra sociedad. Asegura así el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos y garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable.^[4]

Según datos publicados por el MSP, se han registrado desde que se comenzó a implementar la ley hasta el año 2016, un total de 34.689 IVE. La distribución etaria se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años, representando las menores de 15 años el 2%, entre 15 y 19 años el 16% y mayores de 20 años el 82%. Aproximadamente la mitad de las mismas se llevan a cabo en el subsector privado y la mitad restante en el público. El 6% de las pacientes que consultan en policlínica para realizar IVE continúan el embarazo.^[5]

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en adolescentes usuarias de un centro de salud privado integrante del SNIS de Montevideo, durante el período febrero 2013 - diciembre 2016.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, cuya población inclu-

yo a usuarias de sexo femenino de una institución privada del SNIS, de hasta 19 años de edad que llevaron a cabo el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo por primera vez, en el período comprendido entre febrero 2013 - diciembre 2016.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se obtuvieron datos demográficos mediante acceso al sistema de cómputos institucional, quienes llevan a cabo la elaboración de datos estadísticos. Se recabaron datos tales como: número de historia clínica, edad de la usuaria y edad gestacional al momento de la consulta, régimen utilizado para la IVE, necesidad de LEC y método anticonceptivo optado post evento. Se registraron además las fechas de las sucesivas consultas que requiere el procedimiento de IVE. Se accedió a los mismos a través de planillas de uso de la policlínica de salud sexual y reproductiva-IVE durante el período seleccionado y se corroboraron mediante el control de la historia clínica de las usuarias. Se elaboró una planilla de Excel dividiéndose la población a estudiar en adolescentes tempranas y tardías.

Se solicitó previa aprobación del comité de ética de la institución.

RESULTADOS

La institución cuenta con una 50066 afiliados al mes de diciembre de 2016.

De este total, el 53,2 % lo constituyen usuarias del sexo femenino (26630). Las usuarias adolescentes, de entre 10 y 19 años, representan el 9,4% del total de mujeres (2505). Estas se dividen en 64,2% (1607) de entre 10 y 15 años y 35,8% (898) de entre 16

y 19 años. La prevalencia de embarazo adolescente en la institución en el período enero - diciembre de 2016 fue de un 10,7%, correspondiendo la totalidad a adolescentes tardías.

Durante el periodo febrero 2013 - diciembre 2016 se registraron un total de 395 consultas para interrupción voluntaria del embarazo en la policlínica de salud sexual y reproductiva de la institución. De estas pacientes, el 93,4 % (369) continuó con el procedimiento. El 6,6% (26) suspendió el mismo, ya sea por cursar un embarazo no viable o por rectificar su decisión de continuar con la gestación.

La frecuencia relativa de usuarias adolescentes que efectuaron la interrupción del embarazo fue de 0,17, correspondiendo 0,02 a adolescentes tempranas, y 0,98 a adolescentes tardías. (Gráfico 1).

En lo que respecta al método utilizado para llevar a cabo la IVE, se optó por el régimen de mifepristona-misoprostol en la totalidad de los casos.

La frecuencia relativa de usuarias adolescentes que requirieron legrado evacuador complementario fue de 0,20 (Gráfico 2).

En cuanto a la elección de método anticonceptivo post IVE, los anticonceptivos orales fueron los más elegidos, con una frecuencia relativa de 0,59, seguidos por el DIU (0,20) y el parche transdérmico (0,05); no se obtuvo datos a cerca de la elección de método anticonceptivo post evento con una frecuencia relativa de 0.16. (Gráfico 3).

Se excluyó el análisis de usuarias adolescentes que reiteraron la IVE en la institución, dado que al momento de procesar los datos el MSP no había reportado la tasa de reiteración de IVE a nivel nacional.

Gráfico 1.

Usuaris de la institución que realizan IVE

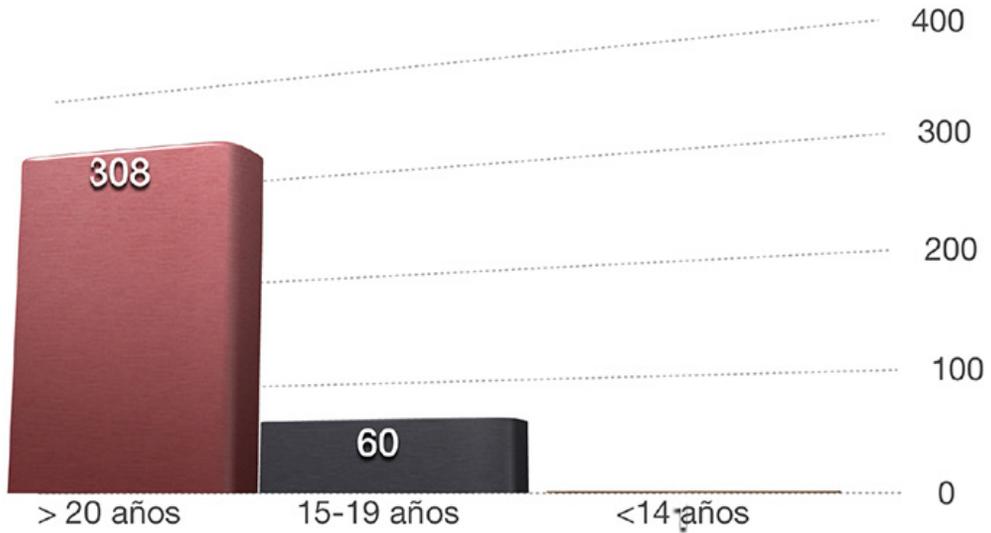
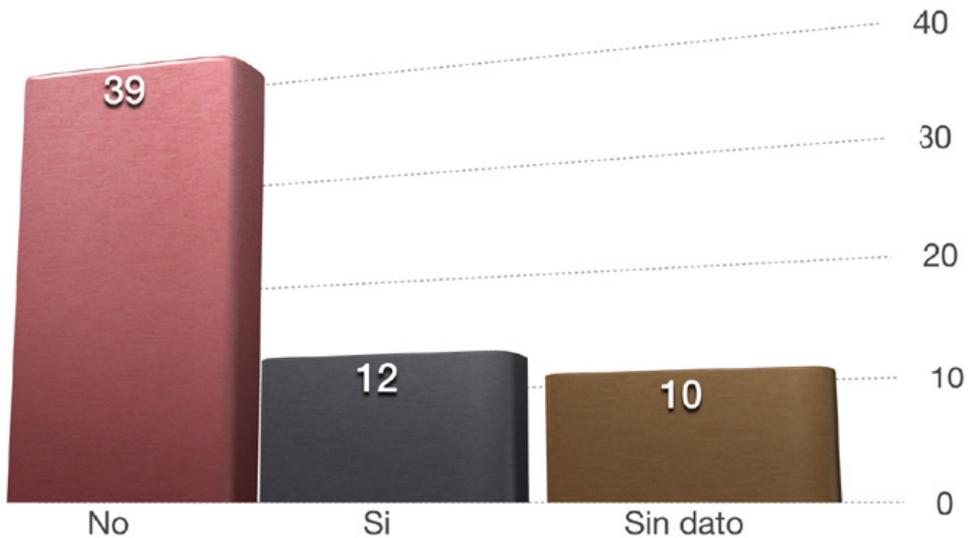


Gráfico 2.

Necesidad de LEC



CONCLUSIONES

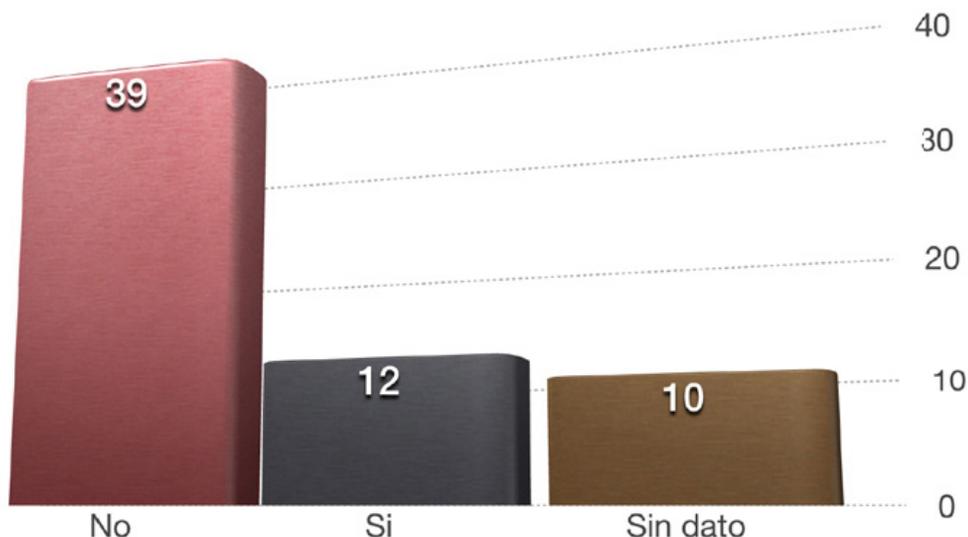
Del total de usuarias de sexo femenino con las que cuenta la institución a diciembre de 2016, la frecuencia relativa de adolescentes que realizaron la IVE fue de 0,02, siendo

casi el total de las mismas adolescentes tardías.

Observamos que las variables analizadas en la institución son similares a las de la población de nuestro país (a nivel nacional las

Gráfico 3.

Elección de MAC post evento



IVE en adolescentes constituyen el 18% del total). El método utilizado para la interrupción también es el mismo (99% de interrupciones farmacológicas: mifepristona-misoprostol), así como el porcentaje de adolescentes que continúan el embarazo.

Este estudio resulta relevante ya que permite conocer la población de la institución, en donde la mayor parte de las IVE en las adolescentes se da en adolescentes tardías. Esto podría ser de utilidad al equipo de salud para enfocarse en brindar a este grupo de mujeres mayor información y asistencia en cuanto a anticoncepción, lo que podría contribuir a disminuir la frecuencia de IVE en este rango etario. Por otro lado, se pudo constatar que las usuarias en las que no se cuenta con datos a cerca de la elección de método anticonceptivo post evento no habían realizado la consulta post-IVE. Esto marca la importancia de reforzar esta instancia, como estrategia de prevención de la reiteración del embarazo no deseado.

Bibliografía

- 1] OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- 2] Government of Uruguay [b]. Ministry of Public Health. Estrategia intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes. Documento fase I, Mayo 2017. <http://www.msp.gub.uy/publicación/estrategia-intersectorial-de-prevención-del-embarazo-no-intencional-en-adolescentes>
- 3] Poder Legislativo [a]. Ley 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. Montevideo, 30/10/2012. <https://sip21-webext.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp6650070.htm#>.
- 4] Briozzo L, Vidiella G, Vidarte B, Ferreiro G, Pons JE, Cuadro JC. El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situación actual e iniciativas médicas de protección. *Rev Med Uruguay* 2002; 18(1):4-13.
- 5] Government of Uruguay [c]. Ministry of Public Health. Interrupción voluntaria del embarazo IVE. Datos preliminares 2016. 21/3/2017. <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/IVE%202016.pdf>

Análisis del diagnóstico de sospecha de hipoxia fetal en pacientes con indicación de cesárea por esta causa en el Centro Hospitalario Pereira Rossell

V. Bentancor¹, C. Bertoche¹, R. Pison², N. Martino³, C. Sosa⁴

Maternidad. Centro Hospitalario Pereira Rossell
Montevideo, Uruguay

Resumen

Introducción: Actualmente la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) es uno de los procedimientos más usados en obstetricia. A pesar de su uso generalizado, existe controversia en cuanto a la eficacia, variabilidad inter e intra observador, sistemas de interpretación y algoritmo de manejo. Además existe evidencia que el uso de monitoreo fetal aumenta el índice de cesáreas y partos instrumentales.

Objetivo: Evaluar el método diagnóstico y clasificar los patrones de monitorización fetal según las 3 categorías de la ACOG, en aquellas pacientes en las que se realizó cesárea con diagnósti-

co de sospecha de hipoxia fetal (SHF). Valorar resultados neonatales y fetales en estas pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo: se analizaron los registros de monitorización de la FCF durante el trabajo de parto, gasometrías de cordón al nacer y APGAR del recién nacido de 171 pacientes en las que se realizó cesárea con el diagnóstico de sospecha de hipoxia fetal, de julio a diciembre 2017.

Resultados: Del total de las cesáreas, el 19% fue por sospecha de hipoxia fetal. Para realizar dicho diagnóstico se utilizó la monitorización de la FCF en el 98,8% de los casos y las características del líquido amniótico en el 1,2%. Del análisis de los registros de la FCF encontramos que la mayor parte de los casos (72,5%) fueron categoría II; en un 5,3% categoría I y un 8,8% categoría III. En cuanto a los resultados feto neonatales; el 90% fue vigoroso al minuto; el 59% presentó una gasometría normal y únicamente el 3,5%

- 1 Residente de Ginecología 3^{er} año, Clínica Ginecotocológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República
- 2 Asistente Clínica Ginecotocológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República
- 3 Profesor Adjunto Clínica Ginecotocológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República
- 4 Profesor Agregado Clínica Ginecotocológica C, Facultad de Medicina, Universidad de la República

Maternidad. Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay
Correspondencia: vale_bent@hotmail.com

Recibido: 25/6/18. Aceptado: 16/7/18

presentó acidosis severa. Dentro de la categoría II de la ACOG, el 70% tuvo una gasometría de cordón normal y el 93,5% fue vigoroso al minuto no habiendo depresiones severas. Dentro de la categoría III el 66% tuvo APGAR normal al minuto, 26% depresión moderada y 6% depresión severa; presentando 60% de los casos acidosis. Comparando la categoría III con las categorías I y II (alta probabilidad de hipoxia fetal vs. baja probabilidad de hipoxia fetal) se encontró una sensibilidad de 24,3% (IC 95% 11,8 - 41,2%) y una especificidad 94% (IC 95% 87,4 - 97,8%). El valor predictivo positivo fue del 60% (IC 95% 32,2 - 83,7%), siendo el valor predictivo negativo del 77% (IC 95% 68,6 - 84,2%). La razón de verosimilitud (*likelihood ratio* - LR) positivo fue de 4,05 (IC95% 1,5 a 10,6); mientras que la razón de verosimilitud negativa fue de 0,8 (IC 95% 0,6 a 0,9).

Conclusiones: La mayoría de los patrones de FCF para realizar diagnóstico de SHF fueron categoría II. Dentro de estas pacientes el 99,2% fueron vigorosos. Por lo tanto, para un mejor diagnóstico de la acidosis fetal se podría considerar nueva tecnología disponible, como el muestreo de sangre del cuero cabelludo fetal o el análisis ST del ECG fetal (STAN).

Palabras clave: sospecha de hipoxia fetal, monitorización de la frecuencia cardíaca fetal, APGAR, acidosis de cordón, cesárea, gasometría de cordón.

Abstract

Introduction: Nowadays, intrapartum fetal heart rate monitoring is one of the intervention most used in obstetrics. Despite its widespread use, there is controversy regarding efficacy, inter and intra observer variability, interpretation systems and management. There is also evidence, that the use of fetal monitoring increases the rate of cesarean sections and instrumental deliveries.

Objectives. To evaluate the diagnostic methods and to classify fetal monitoring patterns according to the three categories of the ACOG, in those patients in whom a cesarean section was performed, with a diagnosis of suspected fetal hypoxia. To assess neonatal and fetal outcomes in these patients.

Methods and Material. Retrospective observational study in which the record of FHR monitoring during labor, cord blood gasometry at birth and APGAR of the newborn were analyzed. A total of 171 pregnant women in whom a cesarean section was performed with the suspected diagnosis of fetal hypoxia were included for the period July-December 2017.

Results. Of the total of caesarean sections for the study period of time, 19% was due to suspicion of fetal hypoxia. To achieve this diagnosis, FHR monitoring was used in 98.8% of the cases and the characteristics of amniotic fluid in 1.2%. From the analysis of the FHR records, we found that most of the cases (72.5%) were category II;

5.3% category I and 8.8% category III. In terms of fetal neonatal outcomes: 90% were vigorous at the first minute; 59% had normal gasometry and only 3.5% had severe acidosis. Within category II of ACOG, 70% had normal umbilical cord blood gasometry and 93.5% were vigorous at the first minute, with no severe depressions. Within category III, 66% had normal APGAR at the first minute, 26% moderate depression and 6% severe depression; with a total of 60% of acidosis. Comparing category III with categories I and II (high probability of fetal hypoxia vs low probability of fetal hypoxia) a sensitivity of 24.3% (95% CI 11.8-41.2%) and 94% specificity was found (95% CI 87.4 - 97.8%). The positive predictive value was 60% (95% CI 32.2 - 83.7%), with a negative predictive value of 77% (95% CI 68.6 - 84.2%). The likelihood ratio (LR) positive was 4.05 (95% CI 1.5 to 10.6); while the negative likelihood ratio was 0.8 (95% CI 0.6 to 0.9).

Conclusions. The majority of FHR patterns for diagnosing SFH were category II. Among these patients, 99.2% were vigorous. Based on our findings, for the improvement of the diagnosis of fetal acidosis new available technology, such as fetal scalp blood sampling or fetal ECG ST analysis (STAN) should be considered.

Key words: suspicion of fetal hypoxia, fetal heart rate monitoring, APGAR, umbilical cord acidosis, caesarean section, cord blood gasometry.

INTRODUCCIÓN

Desde la introducción del cardiotocograma en la práctica clínica hubo numerosos intentos para traducir el registro a un lenguaje clínico, práctico y entendible, y así estandarizar el manejo de los distintos patrones de registros. Existen diferentes sistemas de clasificación de estos trazados, siendo los más acep-

tados: *Dublin Fetal Heart Rate Monitoring Trial* (DFHRMT 1985), *Royal College of Obstetrician and Gynecology* (2001), *Society of Obstetrician and Gynecologist of Canada* (2007), *National Institute of Child Health and Human Development* NICHD (2008), *Parer & Ikeda* (2007), *ACOG* (2009). En este estudio se tomará en cuenta la clasificación de la ACOG 2009 con tres categorías.

Categoría I: registros con una línea de base entre 110 y 160 latidos por minuto (lpm), variabilidad moderada, ausencia de desaceleraciones tardías o variables, presencia o ausencia de desaceleraciones precoces y presencia o ausencia de aceleraciones.

Categoría II: incluye los trazados que no integran la categoría I ni la III, como bradicardia no acompañadas por ausencia de variabilidad, taquicardia, variabilidad mínima, ausencia de variabilidad sin desaceleraciones recurrentes, ausencia de aceleraciones luego de estimulación fetal, desaceleraciones variables recurrentes acompañadas de mínima o moderada variabilidad, desaceleraciones prolongadas más de 2 minutos pero menos de 10 minutos, desaceleraciones tardías con variabilidad moderada y desaceleraciones variables.

Categoría III: incluye patrón sinusoidal o ausencia de variabilidad más uno de los siguientes: desaceleraciones tardías recurrentes, desaceleraciones variables recurrentes o bradicardia.

OBJETIVO

1. Evaluar el método utilizado para realizar diagnóstico de sospecha de hipoxia fetal.
2. Clasificar los patrones según las tres categorías de la ACOG en aquellas pacientes en las que se utilizó la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo durante el período julio a diciembre 2017 tomando en cuenta aquellas pacientes de la maternidad del CHPR, donde se realizó una operación cesárea con la indicación de sospecha de hipoxia fetal.

Se analizaron los registros de monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el trabajo de parto de dichas pacientes, teniendo como referencia los últimos 40 minutos de monitorización y dentro de estos el peor patrón, clasificándolos según las categorías previamente mencionadas (ACOG 2009), valorando además las características del líquido amniótico.

Se analizaron las gasometrías de cordón al nacer, valorando el pH: acidosis severa pH menor a 7,0; acidosis leve pH de 7,0 a 7,20 y sin acidosis pH mayor o igual a 7,20.

Se analizaron resultados de APGAR del recién nacido al minuto y a los 5 minutos, agrupando en: vigoroso mayor o igual a 7, depresión leve de 3 a 6 y depresión severa entre 0 a 3.

Dichos datos se obtuvieron analizando el sistema informatizado perinatal (SIP) e historias clínicas maternas y neonatales.

Considerando a priori a las categoría I y II como fetos con baja probabilidad de sospecha de hipoxia fetal y la categoría III como fetos con alta probabilidad de presentar una hipoxia fetal, se categorizaron en dos grupos y se realizó los cálculos de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y la razón de verosimilitud positiva y negativa con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

RESULTADOS

Del total de las pacientes con operación cesáreas realizadas en el período julio-diciembre 2017, un 19% se realizó por indicación de sospecha de hipoxia fetal. Siendo un n de 171.

Para realizar dicho diagnóstico se utilizó la monitorización de la FCF en el 98,8% de los casos y las características del líquido amniótico en el 1.2%.

Del análisis de los registros de la FCF; encontramos que la mayor parte de los casos (72,5%) fueron categoría II; en un 5,3% categoría I y 8,8% categoría III. (Gráfico 1).

Gráfico 1.

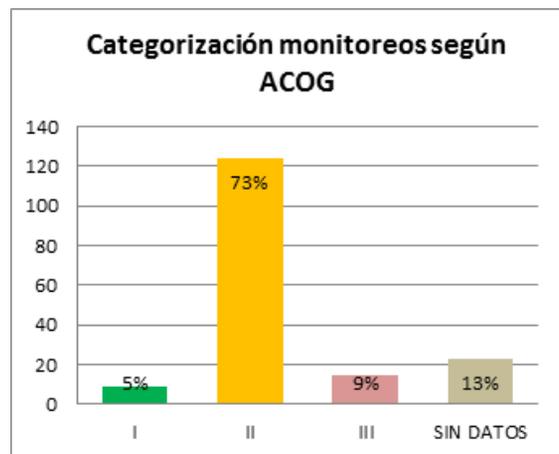


Gráfico 2.

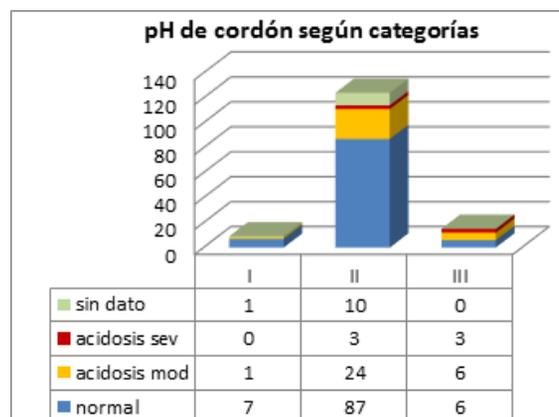


Gráfico 3.



En cuanto a los resultados feto neonatales, el 90% fue vigoroso al minuto; el 59% presentó una gasometría normal y únicamente el 3,5% acidosis severa. (Gráficos 2 y 3).

Dentro de la categoría II de la ACOG el 70% tuvo una gasometría normal y el 93.5% fue vigoroso al minuto no habiendo depresiones severas.

Dentro de la categoría III el 66% tuvo APGAR normal al minuto, 26% de presión moderada y 6% de presión severa; presentando 60% de los casos acidosis.

Se clasificaron 15 registros como categoría III (8,8%), de los cuales 9 casos presentaron acidosis de cordón (verdaderos positivos), siendo 6 casos negativos para acidosis (falsos positivos).

En cuanto a las categorías I y II hubo 94 casos en los cuales no se constató acidosis de cordón (verdaderos negativos), y 28 casos donde se constata acidosis de cordón (falsos negativos).

Destacamos un porcentaje total de 27% de acidosis (tomando como acidosis de cordón aquel pH menor a 7,20), dentro de categorías I y II 23% y 60% en categoría III. Tabla 1.

Comparando la categoría III con las categorías I y II (alta probabilidad de hipoxia fe-

Tabla 1

Acidosis de cordón según categorías ACOG

Acidosis	SI	NO	Total
Categoría III	9 (60%)	6	15
Categoría I y II	28 (23%)	94	122
Total	37 (27%)	100	137

tal vs. baja probabilidad de hipoxia fetal) se encontró una sensibilidad de 24,3% (IC 95% 11,8 – 41,2%) y una especificidad 94% (IC 95% 87,4 – 97,8%). El valor predictivo positivo fue del 60% (IC95% 32,2 – 83,7%), siendo el valor predictivo negativo del 77% (IC 95% 68,6 – 84,2%). La razón de verosimilitud (*likelihood ratio* - LR) positivo fue de 4,05 (IC 95% 1,5 a 10,6); mientras que la razón de verosimilitud negativa fue de 0,8 (IC 95% 0,6 a 0,9).

DISCUSIÓN

En cuanto al monitoreo de la FCF se ha reportado una sensibilidad cercana al 84% con una limitada especificidad cercana al 50 % en la predicción de hipoxia fetal intraparto.

En nuestra casuística hubo una sensibilidad baja estimada en 24.3% y una mayor especificidad (94%). Los valores predictivos positivos y negativos fueron 60% y 77%, respectivamente. La denominada razón de verosimilitud positiva fue de 4,05y la negativa de 0,8, traduciendo una utilidad regular de la monitorización de la FCF como predictor de acidosis fetal. Destacando la importancia de otros estudios diagnósticos como el pH del cuero cabelludo fetal o análisis del ST en electrocardiograma fetal: STAN para aumentar la sensibilidad del estudio.

La acidemia fetal al momento del parto es un factor de riesgo para morbimortalidad neonatal, siendo el monitoreo una herramienta no invasiva que reduce resultados neonatales adversos. Dado que la concen-

tración de oxígeno fetal no puede ser cuantificada en la práctica clínica, la ocurrencia de hipoxia fetal solamente puede ser evaluada con la documentación de acidosis de cordón.

En cuanto al APGAR refleja la función pulmonar, cardiovascular y neurológica del recién nacido y se ve alterada cuando la hipoxia es suficientemente intensa y prolongada para afectar estos sistemas; lo que traduce una baja sensibilidad.

Destacamos la falta de datos en 23 casos, al no contar con los registros en la historia clínica para realizar un correcto análisis y clasificación del patrón de FCF.

CONCLUSIONES

La vigilancia fetal intraparto sigue siendo un desafío crucial en la obstetricia. Si bien la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal presenta una baja sensibilidad para predecir hipoxia fetal, es un método simple de reproducir, de bajo costo y no invasivo. En nuestro estudio, la mayoría de los patrones de FCF para realizar diagnóstico de SHF fueron categoría II. Dentro de estos, el 99,2% fueron vigorosos. Con esto destacamos la importancia de incorporar nuevas técnicas diagnósticas para evitar cirugías innecesarias realizando una mejor valoración en este grupo de pacientes (categoría II).

Bibliografía

- [1] Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: nomenclature, interpretation and general management principles. ACOG Practice Bulletin 106. *Obstet Gynecol*. 2009;114(1):191-201.
- [2] Di Tommaso M, Seravalli V, Cordisco A, Consorti G, Mecacci F, Rizzello F. Comparison of five classification systems for interpreting electronic fetal monitoring in predicting neonatal status at birth. *J Mat Fet Neonat Med*. 2013;26(5):487-490. DOI: 10.3109/14767058.2012.735726
- [3] Ayres-de-Campos D, Arulkumaran S; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *Int J Gynecol Obstet*. 2015; 131: 5-8.
- [4] Liston R, Sawchuck D, Young D. Nº. 197b - Fetal Health Surveillance: Intrapartum Consensus Guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2018; 40(4): e298-e322.
- [5] Raghuraman N, Cahill AG. Update on fetal monitoring: overview of approaches and management of category II tracings. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2017;44:615-624. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.08.007
- [6] Barrena N, Carvajal J. Evaluación fetal intraparto, análisis crítico de la evidencia. *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2006;71(1):63-68.

Pentalogía de Cantrell: reporte de un caso

V. Alonso¹, S. Viroga², M. Alonzo³, M. De Agostini⁴, W. Lauría⁵

Clínica Ginecotológica "B" Prof. Dr. Washington Lauría,
Facultad de Medicina, Udelar. Hospital de Clínicas,
Montevideo, Uruguay

Resumen

La pentalogía de Cantrell es una entidad grave e incompatible con la vida. Basada en un espectro de anomalías que incluyen: diafragma anterior, defectos en la línea media de la pared abdominal supraumbilical, defecto en el diafragma pericárdico, anomalías intracardiacas congénitas y defectos sobre el sector inferior del esternón. Se presenta como variantes completas e incompletas, con una incidencia estimada que oscila en 1-65.000 hasta 1 cada 200.000 casos. Dado que es posible su diagnóstico prenatal en etapas tempranas decidimos presentar un caso clínico con el fin de mostrar una forma completa

de presentación en el cual abordamos al diagnóstico en una etapa tardía con implicancias en el pronóstico reproductivo de la paciente.

Palabras clave: pentalogía de Cantrell, malformaciones congénitas, diagnóstico prenatal.

Abstract

Introduction: The Pentalogy of Cantrell is a serious entity and incompatible with life. Based on a spectrum of anomalies that include: anterior diaphragm, defects in the midline of the supraumbilical abdominal wall, defect in the pericardial diaphragm, congenital intracardiac anomalies and defects in the lower sternum. It is presented as complete and incomplete variants, with an estimated incidence ranging from 1-65,000 to 1 per 200,000 cases. Given that it is possible to prenatally diagnose it in the early stages, we decided to present a clinical case

1 Residente de ginecología.

2 Asistente.

3 Profesor Adjunto.

4 Profesor Agregado.

5 Profesor Director

Clínica Ginecotológica "B", Prof. Dr. Washington Lauría. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

Contacto: valealonsouy@gmail.com

Recibido: 26/06/18 Aceptado 03/07/18

in order to show a complete form of presentation in which we approach the diagnosis at a late stage with implications for the patient's reproductive prognosis.

Key Words: Pentalogy of Cantrell, Congenital malformations, prenatal diagnosis

INTRODUCCIÓN

La pentalogía de Cantrell es una entidad clínica descrita por primera vez en el año 1958. El espectro completo de esta patología consiste en cinco anomalías que incluyen: deficiencia del diafragma anterior, defectos en la línea media de la pared abdominal supraumbilical, defecto en el diafragma pericárdico, anomalías intracardiacas congénitas y defectos sobre el sector inferior del esternón (ectopia cordis).⁽¹⁾

En cuando a su incidencia se trata de un síndrome raro con una incidencia estimada que en las diferentes series oscila en 1-65.000 hasta 1 cada 200.000 casos.^(2,3)

La patogénesis que aún no ha sido totalmente dilucidada, algunos autores incluyendo Cantrell plantean una falla en el desarrollo embrionario a nivel de un segmento del mesodermo entre los 14 y 18 días post gestación, resultando en los defectos cardíacos, pericardico y diafragmático.^(1,2) Algunos autores plantean una posible asociación con la trisomía 18 y herencia vinculada al cromosoma X.⁽²⁾ La falla comienza con ausencia de desarrollo del septo transverso del diafragma y como consecuencia los pliegues mesodérmicos del abdomen superior no emigran ventro medialmente; llevando a la evisceración de los distintos órganos a través del defecto de la pared abdominal. La ectopia cordis que consiste en la separación completa o incompleta del esternón determina la ubicación anómala del corazón fuera de la caja torácica. Las lesiones intracardiacas resultan de un desarrollo anormal del epimiocardio, que se deriva del mesodermo esplánico. Mientras que los defectos intracardiacos varían, la mayoría incluye defectos en la septación cardíaca.

CASO CLÍNICO

Se analizará la historia clínica de una paciente de 27 años, procedente de Venezuela, que cursando 27 semanas de edad gestacional de un embarazo bien controlado, fue enviada a la maternidad del Hospital de Clínicas con el planteo diagnóstico de un feto portador de una pentalogía de Cantrell, para finalización de la gravidez.

Durante dicha gravidez se realizó seguimiento ecográfico que orientó a una alteración en la línea media desde las 13 semanas donde se infomaba ciemopatía abdominal a nivel de pared, onfalocele. Una segunda ecografía realizada a las 24 semanas donde se destaca defecto de cierre en pared tóraco-abdominal anterior (43 x 45 mm), por encima de la inserción del cordón umbilical, que permite exteriorización del hígado y punta del corazón (hernia diafragmática), onfalocele epigástrico, planteo de pentalogía de Cantrell con asimetrías de cámaras cardíacas, comunicación interventricular, arteria umbilical única (Figuras 1 a 4). En dicha ecografía se estimó un peso fetal de 784 gramos. En esta instancia se solicitó asesoramiento con genetista.

Frente a las imágenes aportadas en las sucesivas ecografías se decide valoración



Figura 1.

Corte sagital del feto en el que se identifica desproporción tóraco abdominal



Figura 2.



Figura 3.

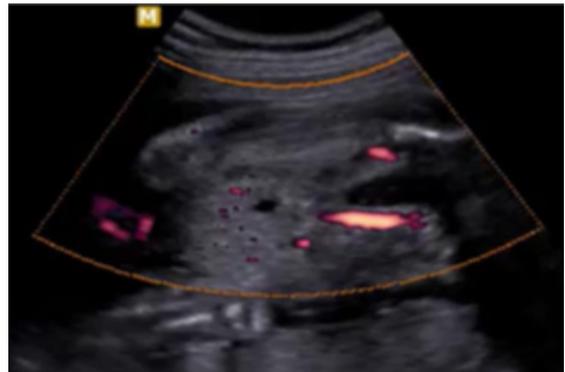


Figura 4.

Figuras 2, 3, 4: Corresponden a cortes axiales del feto a nivel de torax donde se identifica desplazamiento del corazón en situación medial, a nivel abdominal, identificándose la protrusión hepática y corte a nivel umbilical identificando el onfalocele

con la Unidad de Perinatología del BPS (Banco Previsión Social), estableciendo el diagnóstico probable de pentalogía de Cantrell.

En relación al manejo de este caso, por tratarse de un conjunto de defectos de gran severidad, incompatible con la vida extrau-



Figura 5.



Figura 6.

Figuras 5 y 6:
Neonato en el que se identifica extenso defecto de la pared abdominal y ectopia cordis

terina se decide iniciar formulario de envío con comisión asesora del Ministerio de Salud Pública con el objetivo de finalizar la gravidez. Se explica situación clínica a la paciente y pareja. Se inicia soporte psicológico con el apoyo de la Cátedra de Psicología Médica. Se finalizó gravidez mediante operación cesárea por opción de la usuaria. Se obtuvo un recién nacido muerto de sexo masculino con un peso de 1098 gramos, adecuado para la edad gestacional. Es de destacar las alteraciones a nivel de la pared anterior del abdomen, con visualización de un onfalocele (Figuras 5 y 6). Se envía feto a estudio anatomopatológico y necropsia así como cariotipo, confirmando el diagnóstico.

DISCUSIÓN

Los defectos de la pared abdominal incluyen una serie de entidades clínicas que se caracterizan por una solución de continuidad a nivel de la misma, exteriorizándose el contenido abdominal.

Forman un amplio espectro de anomalías congénitas presentando una prevalencia promedio de 6 casos por cada 10.000 nacimientos.

En función de la localización del defecto, de su amplitud, de la presencia o no de membranas y de las estructuras exteriorizadas podemos destacar las siguientes patologías:

- Gastrosquisis.
- Onfalocele.
- Malformaciones del septo uro rectal.

Las dos formas más frecuentes son: la gastrosquisis y el onfalocele.⁽⁴⁾

La gastrosquisis es un defecto paraumbilical que afecta a todo el grosor de la pared abdominal. El defecto se localiza típicamente a la derecha de la inserción del cor-

dón umbilical. Extrusión libre de vísceras abdominales, principalmente asas intestinales, que se encuentran en contacto directo con líquido amniótico.⁽⁴⁾ Presenta una baja asociación a anomalías estructurales y/o cromosomopatías. Hay evidencia que sugieren factores teratogénicos asociados en su origen como: el uso de acetaminofen, ácido acil salicílico y pseudoefedrina si bien es discutido en las diferentes series. Por otro lado una posible vinculación con una disrupción vascular.^(4,5)

En el onfalocele existe una herniación del contenido abdominal recubierto por una membrana de peritoneo y amnios. Puede representar una alteración aislada, pero hasta en un 67% de los casos hay asociación con otras alteraciones o síndromes. Es frecuente su hallazgo en casos de anomalías cromosómicas, entre ellos la pentalogía de Cantrell. No hay evidencias de vinculación con agentes teratógenos.⁽⁵⁾

Existen defectos complejos de la pared abdominal dentro de los cuales identificamos la extrofia vesical, lextrofia cloacal, y la pentalogía de Cantrell entre otros. Muchas de estas afecciones asocian otras anomalías congénitas que tienen importantes implicancias pronósticas y en el manejo terapéutico.

Es por eso que la caracterización precisa prenatal puede afectar positivamente en los resultados perinatales. Sin embargo el diagnóstico prenatal puede representar un gran desafío.

La presentación completa de esta entidad clínica engloba distintas alteraciones anatómicas, siendo lo habitual su presentación incompleta. Dentro de las alteraciones descritas, se han descrito distintos tipos de ectopia cordis: cervical, cervicotorácico, torácico, toracoabdominal.⁽⁶⁾ En lo que refiere

a las anomalías intracardíacas se describen: defectos septoventriculares (100%), defectos septo auriculares (53%), tetralogía de Fallot (20%), divertículo ventricular (20%).⁽¹⁾ Aunque la pentalogía de Cantrell y la ectopia cordis han sido usadas de manera indistinta en la descripción original de esta pentalogía, es importante hacer algunas discusiones: la ectopia cordis se refiere a la presencia del corazón fuera de la cavidad torácica. Esta anomalía puede aparecer de manera aislada o formando parte de la pentalogía. Otras anomalías asociadas en este síndrome son las craneofaciales y del SNC: labio leporino, hidrocefalia, encefalocele. A nivel de las extremidades: ausencia de tibia o radio e hipodactilia; y defectos en los órganos abdominales: agenesia vesícula biliar, polisplenia.⁽¹⁾

Una vez establecido el diagnóstico corresponde efectuar un estudio cromosómico y una investigación completa en busca de otras anomalías estructurales. Es importante establecer adecuadamente los diagnósticos diferenciales con el objetivo de evitar errores diagnósticos, entre ellos: La ectopia cardíaca aislada, hendidura esternal, onfalocele, anomalía del pedículo embrionario, síndrome de bandas amnióticas.

En el transcurso de los años, la introducción de nuevas tecnologías ha permitido saber más sobre el feto, lo cual ha llevado al diagnóstico prenatal de la mayoría de los defectos congénitos. El diagnóstico prenatal involucra a un grupo multidisciplinario en el que participan genetistas, bioquímicos, ecografistas y perinatólogos. El ultrasonido es una de las principales herramientas para el diagnóstico y determinación de riesgo individual durante el embarazo, careciendo de peligros directos para la madre y el feto. Gracias a la ayuda del ultrasonido es po-

sible el diagnóstico en el primer trimestre, siendo la técnica transvaginal la de elección en esta etapa. El diagnóstico prenatal de la pentalogía, con o sin ectopia cordis, se puede realizar tempranamente, alrededor de las 10 semanas de gestación, con la utilización de la ecografía bi y tridimensional. Los hallazgos en la ecografía prenatal junto con la experiencia del profesional pueden ser muy útiles en la evaluación del pronóstico de los pacientes con este defecto y proveer de un asesoramiento genético adecuado a los padres.⁽⁷⁾ El diagnóstico se basa en la identificación de los defectos que caracterizan este síndrome. Lo primero que llama la atención es la observación de un defecto de pared anterior y la presencia de latidos cardíacos desplazados, en la cavidad abdominal o por fuera del tórax. Generalmente, los dos signos más frecuentes son la ectopía cordis y el onfalocele. En el caso de los defectos del esternón y el defecto diafragmático son los más difíciles de confirmar por ultrasonido.^(6,7)

Dado que el pronóstico depende de la extensión de los defectos la valoración anatómica es crucial para optimizar el asesoramiento prenatal y para tomar una decisión en cuanto al pronóstico del embarazo.⁽⁶⁾ Deberá sospecharse esta entidad clínica en un feto en el cual se identifique un onfalocele asociado a un derrame pericárdico, o la presencia de una hernia diafragmática.⁽³⁾ Otro elemento que deberá poner en alerta serán las alteraciones a nivel de la médula espinal con una severa lordo-escoliosis lumbar.⁽⁷⁾ En el caso de las alteraciones óseas la técnica 3D resulta ser de mayor utilidad brindando una mejor aproximación a los defectos anatómicos.^(3,7) La utilización de la RM, un estudio que sigue siendo discutido en cuanto a su uso rutinario en la aproximación diagnóstica.^(1,3)

Por todo lo analizado es importante tener presente que en esta paciente se pudo haber evitado la finalización de la gravidez mediante una operación cesárea con un adecuado diagnóstico en el primer trimestre ya que contamos con las herramientas que brinda el ultrasonido para establecer el diagnóstico precoz.

Dada la complejidad del síndrome la expresión de estos defectos es variable dependiendo en el pronóstico la severidad de las lesiones. Es fundamental, una vez efectuado el diagnóstico, realizar una búsqueda exhaustiva de las anomalías cardíacas y la realización de cariotipo.

La gran mayoría de los niños que fallecen dentro de las primeras horas de vida extrauterina es debido a alteraciones respiratorias y hemodinámicas por herniación de las vísceras, sepsis, perforación y torsión intestinal con obstrucción, insuficiencia cardíaca por compresión de la vena cava que impide el retorno venoso al corazón o por torsión de los grandes vasos, arritmias cardíacas letales y desequilibrio hidroelectrolítico, Pequeños defectos en la pared, con cardiopatías congénitas leves pueden sobrevivir en la etapa adulta.⁽⁸⁾

CONCLUSIÓN

Se presentó una patología poco frecuente como lo es la pentalogía de Cantrell en la cual su etiopatogenia y su forma de presentación puede ser heterogénea.

Su diagnóstico puede realizarse ya desde el primer trimestre del embarazo mediante estudios ultrasonográficos estándares, lo cual permite un diagnóstico precoz así como la planificación del manejo terapéutico más

apropiado. Es de destacar que la complejidad de las alteraciones conlleva una elevada mortalidad neonatal pese a equipos multidisciplinarios conformados por neonatólogos, ginecólogos, unidad de ecografía, genetistas, cirujanos pediátricos y cirujanos cardiovasculares. Por lo tanto, el apoyo de estas familias será fundamental en la resolución del caso.

Bibliografía

- [1] van Hoorn JH, Moonen RM, Huysentruyt CJ, van Heurn LW, Offermans JP, Mulder AL. Pentalogy of Cantrell: two patients and a review to determine prognostic factors for optimal approach Eur J Pediatr. 2008 167:29-35
- [2] Türkçapar A, Sargin Oruc A, Oksüzoglu A, Danisman N. Diagnosis of Pentalogy of Cantrell in the first trimester using transvaginal sonography and color Doppler. Case Rep Obstet Gynecol 2015; 2015:179298.
- [3] Ergenoğlu MA, Yenieli AO, Peker N, Kazandı M, Akercan F, Sagol S. Prenatal diagnosis of Cantrell pentalogy in first trimester screening: case report and review of literature. J Turk Ger Gynecol Assoc 2012; 13: 145-8.
- [4] Gutiérrez C. Aproximación al diagnóstico de las anomalías del desarrollo. En: Gutiérrez C. Temas de Patología perinatal y pediátrica. Montevideo: BiblioMédica; 2011. p. 219-282.
- [5] Bannasar M. Defectos de la pared abdominal. En: Figueras F, Gratacos E, Puerto B. Actualización en medicina Materno Fetal. Barcelona: BC Natal, Hospital Clinic; 2015. p. 73-77.
- [6] Cafici D, Sepúlveda W. Ultrasonografía en obstetricia y diagnóstico prenatal. 2ª. Ed. Buenos Aires: Journal; 2018. p. 426-427.
- [7] Desselle C, Herve P, Toutain A, Lardy H, Sembely C, Perrotin F. Pentalogy of Cantrell: Sonographic assessment. J Clin Ultras 2007; 35(4):216-220.
- [8] Hernández González MA, Lazcano Bautista S, Murillo Ortiz BO, Solorio S. Pentalogía de Cantrell: Actualización y nuevas perspectivas. Salud y Ciencia 2009; 16(6):635-639.

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**



Obesidad y sobrepeso como factores de riesgo para eventos adversos obstétricos–perinatales

F. Feldman¹, V. Alonso², V. López Radcenco³, S. Viroga⁴, G. Viturera⁵

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

Resumen

Introducción: El exceso de peso corporal se ha convertido en un problema de salud mundial y la población obstétrica no escapa a ello. Esta tendencia genera un conflicto para la salud pública, pues incrementa los riesgos obstétricos y neonatales. El sobrepeso y la obesidad materna están asociadas a múltiples complicaciones, principalmente estados hipertensivos del embarazo y diabetes gestacional, además de: infecciones urinarias, parto de pretérmino, afecta-

ción neonatal, grandes para la edad gestacional y mayor tasa de cesárea.

Objetivos: Evaluar el riesgo de desarrollar eventos adversos materno–perinatales en relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) previo al embarazo.

Metodología: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con datos obtenidos del sistema informático perinatal de los nacimientos ocurridos en la maternidad del Hospital de Clínicas entre los años 2014 y 2016. Se dividió a las pacientes en dos grupos según el IMC previo al embarazo en aquellas con sobrepeso y obesidad con un IMC mayor o igual a 25 Kg/m² y aquellas con normopeso, es decir, con IMC entre 18.5 Kg/m² y 24.9 Kg/m². Las complicaciones obstétricas y neonatales fueron comparadas en ambos grupos.

Resultados: Un total de 1538 pacientes fueron incluidas en el estudio. De estas pacientes, 607 (39,5%) presentaron obesidad o sobrepeso

- 1 Residente de Clínica Ginecotológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
- 2 Residente de Clínica Ginecotológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
- 3 Residente de Clínica Ginecotológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
- 4 Asistente de Clínica Ginecotológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.
- 5 Prof. Adjunto de Clínica Ginecotológica B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

Maternidad, Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay
Correspondencia: ftofel_0236@hotmail.com

Recibido: 20/6/18. Aceptado: 16/7/18

mientras que 931 (60,5%) presentaron normopeso previo al embarazo. Se observó que las pacientes con sobrepeso y obesidad presentaron un riesgo relativo (RR) de 1.95 con intervalo de confianza (IC) 95% (1.39-2.71) de presentar síndrome preeclampsia-eclampsia, RR de 3.15 IC 95% (2.44-4.06) de presentar diabetes gestacional, RR de 1.38 IC 95% (1.11-1.70) de presentar infecciones urinarias, RR de 1.17 IC 95% (1.05-1.29) de finalizar el embarazo mediante operación cesárea, RR de 1.36 IC 95% (1.05-1.76) de parto de pretérmino, RR de 1.02 IC 95% (0.70-1.49) de presentar afectación neonatal y un RR de 2.27 IC 95% (1.58-3.25) de grandes para la edad gestacional, todos ellos en comparación con las pacientes con normopeso previo al embarazo.

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad pregestacional representan un factor de riesgo para resultados adversos materno-perinatales. Es fundamental la consulta preconcepcional y la recomendación de descenso de peso previo al embarazo, así como estilos de vida saludables.

Palabras clave: sobrepeso y obesidad, índice de masa corporal, embarazo, complicaciones obstétricas.

Abstract

Introduction: Excess body weight has become a global health problem and the obstetric population does not escape from it. This trend generates a conflict for public health, as it increases obstetric and neonatal risks. Overweight and maternal obesity are associated with multiple complications, mainly hypertensive stages of pregnancy and gestational diabetes, as well as other urinary infections, preterm delivery, neonatal involvement, large gestational age and higher cesarean rate.

Objectives: Evaluate the risk of developing maternal-perinatal adverse events in relation to the Body Mass Index (BMI) prior to pregnancy.

Methodology: this is a retrospective cohort study was conducted with data obtained from the perinatal computer system of the births that occurred in the maternity of Hospital de Clínicas between 2014 and 2016. The patients were divided into two groups according to the BMI prior to pregnancy in those with overweight and obesity with a BMI greater or equal to 25 Kg/m² and those with normal weight, that is, with BMI between 18,5 Kg/m² and 24,9 Kg/m². Obstetric and

neonatal complications were compared in both groups.

Results: A total of 1538 patients were included in the study. Of these patients, 607 (39.5%) were obese or overweight, while 931 (60.5%) presented normal weight before pregnancy, it was found that patients with overweight and obesity have a RR of 1.95 IC 95% (1.39-2.71) of presenting preeclampsia, relative risk (RR) of 3.15 confinement interval (CI) 95% (2.44-4.06) of presenting gestational diabetes, RR of 1.38 IC 95% (1.11 -1.70) of presenting urinary tract infections, RR of 1.17 CI 95% (1.05-1.29) of concluding their pregnancy through cesarean section, RR of 1.36 IC 95% (1.05-1.76) of preterm delivery, RR of 1.02 IC 95% (0.70-1.49) of presenting neonatal involvement and a RR of 2.27 95% CI (1.58-3.25) of large for gestational age, all of them in comparison with patients with normal weight before pregnancy.

Conclusions: Overweight and pre-pregnancy obesity represent a risk factor for adverse maternal-perinatal outcomes. Preconceptional consultation and the recommendation of weight reduction prior to pregnancy, as well as healthy lifestyles are fundamental.

Key words: overweight and obesity, body mass index, pregnancy, obstetric complications.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es la primera epidemia de origen no infeccioso de la historia de la humanidad constituyendo la pandemia del siglo XXI. ⁽¹⁾ Según estimaciones mundiales recientes la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela datos en 2016, donde más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. En cuanto a porcentajes, se vio que el 39% de la población adulta mayor a

18 años tenía sobrepeso, correspondiendo al 40% de mujeres, y un 13% de la población adulta mundial era obesa, correspondiendo en un 15% de las mujeres.⁽²⁾ Su aumento en las poblaciones de países desarrollados ha seguido una progresión geométrica durante los últimos 50 años. Hoy la obesidad es la segunda causa de muerte evitable en América y Europa, con alrededor de 400.000 muertes anuales atribuidas al binomio obesidad/sedentarismo.⁽³⁾ De la misma forma, están aumentando las tasas de obesidad durante el embarazo.⁽⁴⁾

En Uruguay, la primera Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 1) realizada en el año 2000 mostró que 17% de los adultos eran obesos y que 51% tenían sobrepeso u obesidad.⁽⁵⁾ Mientras que la segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) realizada en 2009 muestra que, del total de la población, 46% se encuentra en los rangos de normopeso, 34% presenta sobrepeso y 20% obesidad⁽⁶⁾ concluyendo que este problema ha ido en aumento.

Las complicaciones obstétricas asociadas con el sobrepeso y la obesidad materna han sido estudiadas desde el año 1945⁽⁷⁾ y desde entonces múltiples estudios han llegado a conclusiones similares.⁽⁸⁻¹²⁾

La definición de obesidad según la OMS se realiza en función del índice de masa corporal (IMC). Este se calcula a partir de la talla y el peso de la mujer. El IMC será el resultado del peso expresado en kilos, dividido la talla al cuadrado expresada en metros (Kg/m²).⁽²⁾

La clasificación de obesidad y sobrepeso según el IMC se muestra en el esquema 1. El sobrepeso se define como un IMC \geq 25 Kg/m², en grado de pre-obesidad hasta IMC de 29,9 Kg/m².

Se considera obesidad moderada (clase I) entre 30,0-34,9 Kg/m², obesidad grave (cla-

Esquema 1.

Clasificación de la obesidad según el IMC

Clasificación de obesidad y sobrepeso		IMC (Kg/m ²)
Sobrepeso o pre-obesidad		25-29,9
Obesidad	Moderada	30-34,9
	Severa	35-39,9
	Mórbida	≥ 40

se II) entre 35-39,9 Kg/m² y obesidad mórbida (clase III) ≥ 40 Kg/m².⁽¹³⁾

El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de desarrollar eventos adversos materno-perinatales en relación al IMC previo al embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo con datos obtenidos del sistema informático perinatal de los nacimientos ocurridos en la Maternidad del Hospital de Clínicas entre los años 2014 y 2016.

Se dividió a las pacientes en dos grupos según el IMC previo al embarazo en aquellas con sobrepeso y obesidad (donde se incluyen la obesidad en sus distintos grados, incluyendo obesidad mórbida) con un IMC mayor o igual a 25 Kg/m² y aquellas con normopeso, es decir, con IMC entre 18,5 Kg/m² y 24,9 Kg/m², se excluyeron a las pacientes con bajo peso, es decir, IMC menor a 18,5 Kg/m². Se valoró el riesgo de síndrome preeclámpsia-eclámpsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias, parto de pretérmino, terminación del embarazo mediante operación cesárea, afectación neonatal considerado como un Apgar al minuto de vida menor a 7 y recién nacidos grandes para la edad gestacional en ambos grupos.

RESULTADOS

Un total de 1538 pacientes fueron incluidas en el estudio. De estas pacientes, 352 presentaron sobrepeso, es decir, IMC entre 25 Kg/m² y 29,9 Kg/m²; y 255 presentaron obesidad, es decir, IMC ≥ 30 Kg/m², conformando un total de 607 (39,5%) pacientes con obesidad o sobrepeso, que representan el grupo 1. Por otra parte, 931 (60,5%) presentaron normopeso previo al embarazo, es decir, IMC entre 18,5 Kg/m² y 24,9 Kg/m², representando al grupo 2.

En la Tabla 1 se representan las características para los grupos de pacientes con sobrepeso u obesidad y normopeso respecto a las variables: edad, etnia, paridad y nivel educativo.

Se observa que el rango de edades más frecuente en ambos grupos es entre los 20 y 34 años. Por otro lado, de las pacientes con normopeso el 29,5% fueron menor o iguales a 19 años mientras que en el otro grupo solo 15% se encontraron en este rango de edad. A su vez, de las pacientes con sobrepeso u obesidad 18,3% fueron mayores o iguales a 35 años mientras que en el otro grupo solo el 7,5% se encontraban en este rango de edad. Se podría deducir que la población del grupo de pacientes con sobrepeso u obesidad podría presentar un promedio de edad mayor al grupo de pacientes con normopeso, si bien la mayoría de las pacientes se encuentran en el rango de edades entre 20 y 34 años, como se dijo.

En relación con la etnia: en ambos grupos la raza blanca fue la de mayor prevalencia, con un 89% en el grupo con sobrepeso u obesidad y un 88,6% en el grupo con normopeso, con porcentajes menores de raza indígena, negra y mestiza en ambos grupos.

Respecto a la paridad: en ambos grupos fueron en su mayoría pacientes multíparas

Tabla 1.

Distribución de las variables: edad, paridad, nivel educativo y edad gestacional para los grupos de pacientes con normopeso y sobrepeso u obesidad.

Variables		Grupo 1 Sobrepeso u obesidad N (%)	Grupo 2 Normopeso N (%)	Total
Edad	Menores o iguales a 19 años	91 (15%)	275 (29.5%)	366
	20 a 34 años	405 (66.7%)	586 (63%)	991
	Mayor o igual a 35 años	111 (18.3%)	70 (7.5%)	181
Etnia	Blanca	540 (89%)	825 (88.6%)	1365
	Indígena	2 (0.3%)	1 (0.1%)	3
	Mestiza	56 (9.2%)	79 (8.5%)	135
	Negra	9 (1.5%)	26 (2.8%)	35
Paridad	Primigesta	200 (33%)	390 (42%)	590
	Múltipara	407 (67%)	541 (58%)	948
Nivel educativo	Ninguno	18 (3%)	18 (1.9%)	36
	Primaria completa	196 (32.3%)	264 (28.4%)	460
	Secundaria completa	393 (64.7%)	649 (69.7%)	1042
Edad gestacional al momento del parto	Pretérmino (menor de 37 semanas)	100 (16.5%)	113 (12.3%)	213
	Término (mayor o igual a 37 semanas)	507 (83.05%)	818 (87.7%)	1325

representado por el 67% en el grupo con sobrepeso u obesidad y por el 58% en el grupo con normopeso.

Por último, en cuanto al nivel educativo se observa que las pacientes con secundaria completa representan el grupo de mayor prevalencia en ambos grupos representando el 64% en el grupo con sobrepeso u obesidad y el 69,7% en el grupo con normopeso.

En la Tabla 2 se presenta el riesgo relativo

(RR) de síndrome preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias, parto de pretérmino, índice de cesárea, afectación neonatal y recién nacidos grandes para la edad gestacional en ambos grupos.

De las pacientes con sobrepeso u obesidad 71 (11,69%) presentaron como complicación durante el embarazo un síndrome preeclampsia-eclampsia, mientras que las pacientes con normopeso 56 (6,01%) presenta-

Tabla 2.

Riesgo relativo de síndrome preeclampsia-eclampsia, diabetes gestacional, infecciones urinarias, terminación mediante operación cesárea, parto de pretérmino, afectación neonatal y grandes para la edad gestacional en las pacientes con sobrepeso u obesidad respecto a las pacientes con normopeso previo al embarazo. RR: riesgo relativo, IC: intervalo de confianza

Características	Grupo 1 Sobrepeso u obesidad n=607	Grupo 2 Normopeso n=931	RR IC 95% Valor p<0,05
<i>Sínd. preeclampsia-eclampsia</i>	71 (11.69%)	56 (6.01%)	1.95(1.39-2.71)
<i>Diabetes gestacional</i>	156 (25.70%)	76 (8.16%)	3.15 (2.44-4.06)
<i>Infecciones urinarias</i>	131 (21.58%)	146 (15.68%)	1.38 (1.11-1.70)
<i>Terminación mediante cesárea</i>	309 (50.90%)	406 (43.60%)	1.17(1.05-1.29)
<i>Parto de pretérmino</i>	95 (15.65%)	107 (11.43%)	1.36 (1.05-1.76)
<i>Afectación neonatal</i>	42 (6.91%)	63 (6.76%)	1.02 (0.70-1.49)
<i>Grande para la edad gestacional</i>	68 (11.20%)	46 (4.94%)	2.27 (1.58-3.25)

ron esta complicación. Se calcula un RR de 1.95 con un intervalo de confianza (IC) 95% (1.39-2.71). Por lo que se concluye las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan un riesgo aumentado de síndrome preeclampsia-eclampsia respecto a las pacientes con normopeso, siendo el mismo estadísticamente significativo.

Por otro lado, respecto a la incidencia de diabetes gestacional, en el primer grupo 156 (25,70%) de los embarazos presentaron esta complicación mientras que en el segundo grupo fueron 76 (8,16%) pacientes las que asociaron la misma. Se calcula un RR de 3.15 IC 95% (2.44-4.06). Por lo que se concluye las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan un riesgo aumentado de esta complicación respecto a las pacientes con normopeso, siendo el mismo estadísticamente significativo.

Respecto a la presencia de infecciones urinarias en el embarazo, en el primer grupo 131 (21,58%) presentaron infección urinaria en el embarazo mientras que en el segundo grupo fueron 146 (15,68%) pacientes las que asociaron la misma. Se calcula un RR de 1.38 con IC 95% (1.11-1.70). Por lo que se concluye las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan un riesgo aumentado de infecciones urinarias durante el embarazo respecto a las pacientes con normopeso, siendo el mismo estadísticamente significativo.

En relación con la vía de finalización del embarazo 309 (50,90%) de las pacientes con sobrepeso u obesidad terminaron mediante operación cesárea mientras que de las pacientes con normopeso 406 (43,60%) lo hicieron. Se calcula un RR de 1.17 IC 95% (1.05-1.29). Se concluye que las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan un aumento

de riesgo de terminación del embarazo mediante cesárea respecto a las pacientes con normopeso, siendo el mismo estadísticamente significativo.

De las pacientes con sobrepeso u obesidad 95 (15,65%) presentaron un parto de pretérmino mientras que del otro grupo 107 (11,43%) lo presentaron. Se calcula el RR de 1.36 con IC 95% (1.05-1.76). Se concluye que las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan mayor riesgo de parto de pretérmino respecto a las pacientes con normopeso, siendo el mismo estadísticamente significativo.

De las pacientes con sobrepeso u obesidad 42 (6,91%) presentaron afectación neonatal mientras que del otro grupo 63 (6,76%) lo presentaron. Se calcula el RR de afectación neonatal de 1.02 con IC 95% (0.70-1.49). Por lo que se concluye las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan un riesgo aumentado de afectación neonatal respecto a las pacientes con normopeso, siendo esta diferencia no significativa ya que el intervalo de confianza incluye el 1 lo que se puede deber al tamaño muestral y limitaciones propias del estudio, siendo necesario aumentar el número muestral para demostrarlo.

Por último, de las pacientes con sobrepeso y obesidad 68 (11,20%) presentaron recién nacidos grandes para la edad gestacional mientras que de las pacientes con normopeso 46 (4,94%) lo presentaron. Se calcula el RR de 2.27 con IC 95% (1.58-3.25). Se concluye que las pacientes con sobrepeso u obesidad presentan mayor riesgo de nacidos grandes para la edad gestacional respecto a las pacientes con normopeso, siendo el mismo estadísticamente significativo.

DISCUSIÓN

Este estudio evidencia que la obesidad y el sobrepeso previo al embarazo, medido a partir del IMC, predispone a complicaciones obstétrico-perinatales como también al aumento del intervencionismo obstétrico. Se demuestra que la misma se relaciona al aumento de incidencia de síndrome preclampsia-eclampsia, diabetes gestacional, parto de pretérmino, infecciones urinarias, terminación del embarazo mediante operación cesárea y parto instrumental, así como de recién nacidos grandes para la edad gestacional de forma estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

El sobrepeso y la obesidad pregestacional aumentan el riesgo de resultados obstétrico-perinatales adversos de manera significativa. Dado que el mismo es un factor de riesgo modificable, es fundamental la consulta preconcepcional y la recomendación de descenso de peso previo al embarazo, así como estilos de vida saludables.

Bibliografía

- 1] World Health Organization. Controlling the Global Obesity Epidemic. 2018 [citado 25 May 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html>.
- 2] Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva. 2018. [citado 16 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- 3] Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States. *JAMA*. 2004; 291(10):1238-45.
- 4] Bhattacharya S, Campbell DM, Liston WA. Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health*. 2007; 7:168.
- 5] Pisabarro R, Irrazábal E, Recalde A. Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad (ENSO I). *Rev Med Uruguay*. 2000; 16:31-8.
- 6] Raúl Pisabarro, et al. Segunda Encuesta Nacional de Sobrepeso y Obesidad (ENSO 2) adultos (18-65 años o más). *Rev Med Urug*. 2009; 25: 14-26.
- 7] Odell LD. The overweight obstetric patient. *JAMA*. 1945; 128: 87-90.
- 8] Rode L, Nilas L, Wojdemann K, Tabor A. Obesity-related complications in Danish single cephalic term pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2005; 105:537-542.
- 9] Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG*. 2005;112:403-408.
- 10] Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*. 2004;103:219-224.
- 11] Cnattingius S, Berfstrom R, Lipworth L, Kramer MS. Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 1998;338:147-152.
- 12] Sebire NJ, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J of Obesity*. 2001;25:1175-1182.
- 13] ProSego. Obesidad y embarazo. Protocolos asistenciales en Obstetricia, 2011.

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



Tecoma luteinizado (tecomatosis) asociado a peritonitis esclerosante.

Presentación de un caso y revisión de la literatura

C. Álvarez¹, A. Sica², S. Melesi², G. Garrido², M. Rosasco²,
A. Feijó², M.C. Rodríguez², V. Carbonatti², G. Ordoqui³

Resumen

El tecoma luteinizado (tecomatosis) de ovario con peritonitis esclerosante (LTSP, por sus siglas en inglés) es una asociación lesional poco frecuente que se observa en mujeres jóvenes sobre todo en la segunda y tercera década de la vida. Siendo una lesión benigna en algunos casos su presentación clínica puede confundirse con un tumor maligno bilateral de ovario con carcinomatosis peritoneal.

Se informa sobre los hallazgos clínicos, de laboratorio e imagenológicos y del estudio macro y microscópico de los ovarios y las lesiones peritoneales.

Se realizan técnicas de inmunohistoquímica en ambas topografías utilizando los marcadores tí-

picos. Se aportan datos obtenidos de la revisión de la literatura.

El LTSP es un síndrome poco frecuente y este caso se presenta clínicamente con dolor y distensión abdominal, ascitis y masas ováricas bilaterales, manifestaciones que coinciden con lo descrito por los distintos autores. La relación temporal entre la patología ovárica y peritoneal es variable. La patogenia de este síndrome no está definitivamente establecida. Las lesiones ováricas fueron positivas para inhibina, calretinina y CD56 que son los marcadores clásicos para los tumores de los cordones sexuales y del estroma ovárico. A nivel peritoneal fueron positivos los marcadores vimentina, citoqueratina y CD34.

Destacamos la importancia de realizar el diagnóstico histológico de las lesiones ováricas y peritoneales debido a su repercusión en el tratamiento y en las complicaciones asociadas con alta morbilidad y posible resultado fatal.

1 Dirección Técnica. Anátomo-patóloga
2 Laboratorio Dra. Carmen Álvarez
3 Téc. Laboratorio G. Ordoqui
Montevideo, Uruguay

Contacto: labcas@adinet.com.uy

Recibido: 28/6/18 Aceptado 8/7/18

Palabras clave: tecoma luteinizado, tecomatosis, peritonitis esclerosante.

Abstract

The ovarian Luteinized Thecoma (thecomatosis) with sclerosing peritonitis (LTSP) is a rare comorbidity observed in young women, especially during their second and third decades of life. Although the condition is benign, in some cases its clinical presentation can lead to the mistaken diagnosis of a bilateral malignant ovarian tumor with peritoneal carcinomatosis.

The study reports the clinical, laboratory and imaging findings, including the gross pathology and histology of the ovaries and peritoneal lesions. Immunohistochemistry techniques were performed in both topographies using the typical markers, and data are provided from the literature review.

LTSP is a rare syndrome, and in this case, it presented clinically with abdominal pain and bloating, ascites and bilateral ovarian masses, as reported by several authors. The temporal relationship between the ovarian and peritoneal involvement varies. The pathogenesis of this syndrome is not well understood. The ovarian lesions were positive for inhibin, calretinin and CD56, which are the classic markers for sex cord and ovarian stroma tumors. The vimentin, cytokeratin and CD34 markers were positive at the peritoneal level.

We emphasize the importance of performing the histological diagnosis of ovarian and peritoneal lesions due to their impact on therapy and the high-morbidity and potentially life-threatening complications.

Key Words: luteinised thecoma, thecomatosis, sclerosing peritonitis

INTRODUCCIÓN

El tecoma luteinizado con peritonitis esclerosante (LTSP) es un síndrome raro, cuya etiología y patogenia se encuentran aún en discusión. Esta entidad clínico-patológica fue descrita por primera vez por Clement y colaboradores en 1994, basándose en la identificación realizada por Scully.^(1,2)

Realizando una revisión de la literatura encontramos 47 casos de esta entidad. Altman en 2016⁽²⁾ encuentra 18 estudios con 41 casos y aporta otros dos a los que podemos agregar tres comunicados por otros autores y el que se describe en este estudio.

A nivel del ovario se observa una proliferación de células fusiformes o redondeadas, zonas de edema y hemorragia y presencia de nidos de células luteinizadas. Puede acompañarse de prominente actividad mitótica, atipia citológica escasa con ausencia de necrosis tumoral. La actividad mitótica causa dificultades para su clasificación histológica así como para la evaluación de su potencial maligno.⁽¹⁻¹⁰⁾

La lesión peritoneal consiste en fibrosis con reacción inflamatoria. La fibrosis peritoneal que acompaña a las lesiones ováricas es generalmente la responsable de la sintomatología de presentación de estas pacientes que se caracteriza sobre todo por distensión abdominal, ascitis y obstrucción del intestino delgado.^(11,12)

Aunque la patogenia se desconoce, la mayoría de los autores proponen que la lesión esclerosante peritoneal sería el resultado de la secreción por el ovario de una sustancia fibrogénica no identificada.^(1-4,11-14)

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analiza la historia clínica, los datos de estudio de laboratorio, la imagenología y los

hallazgos operatorios. Se realiza el estudio macro y microscópico e inmunohistoquímico de las lesiones ováricas y peritoneales. El material se fija en formol neutro y se incluye en parafina. Se obtienen corte de 5 micras de espesor y se tiñen con hematoxilina eosina.

Se realiza estudio de inmunohistoquímica enfrentando cortes de tejidos incluidos en parafina a los siguientes anticuerpos: AML (DAKO, Policlonal), calretinina (Biogenex, Policlonal), CD117 (DAKO, Policlonal), CD34 (DAKO, Qbend/10), CD56 (DAKO, 123 C3), citokeratina (BioSb, AE1/AE3), EMA (DAKO, E29), ER (Biocare, SP1), inhibina (Cell Marque, BC-R1), Ki 67 (DAKO, MIB-1), PR (DAKO, PG636), vimentina (Cell Marque, V9).

CASO CLINICO

Paciente de 47 años de edad al momento de la consulta, fumadora, histerectomizada en 2010 con conservación de los anexos. Consulta en emergencia por vómitos, detención del tránsito de 10 días de evolución, dolor abdominal en hemiabdomen superior y distensión abdominal. Se diagnostica como cuadro de oclusión del intestino delgado. Se asocia edema de manos y cara, ascitis y derrames pleurales bilaterales y pericárdico. Presencia de masas anexiales bilaterales.

Se realiza fibrocolonoscopia que informa hemorroides internas grado II y fibrogastroscopia que informa una antritis erosiva aguda.

En el informe de la TC se describen alteraciones compatibles con oclusión de intestino delgado. Se realizó la determinación del marcador tumoral CA 125, cuyo resultado fue de 48 U/ml.

Diagnóstico clínico

Carcinomatosis peritoneal de primitivo desconocido, probable tumor de ovario. Al cuarto día del ingreso se le realiza la cirugía exploradora. Se constata ascitis intensa, y se plantea carcinomatosis peritoneal diseminada. Se realiza anexectomía bilateral y resección de fragmentos de epiplón. Se toma líquido de ascitis para estudio citológico.

Macroscopia

Se examinan cinco fragmentos de parénquima ovárico de superficie externa lisa. Dos fragmentos de 2,5 cm cada uno de ovario derecho y tres de ovario izquierdo de 3 cm respectivamente que presentan similares caracteres macroscópicos. Superficie de corte homogéneo de color blanco-amarronado.

Se estudian tres fragmentos de epiplón de hasta 3 cm de diámetro, de consistencia irregular.

Microscopia

Los caracteres histológicos corresponden a un tecoma luteinizado mitóticamente activo, bilateral de ovario, asociado a peritonitis esclerosante.

La lesión ovárica muestra una proliferación celular estromal que provoca engrosamiento moderado a difuso de la cortical ovárica. La proliferación celular es densa intercalada con áreas hipocelulares, presencia de edema focal y algunos microquistes. Las células son fusiformes o redondeadas con citoplasma que puede ser pálido y eosinófilo, y a veces muy escaso. Se asocian nidos de células luteinizadas o parcialmente luteinizadas, nidos que son de menor tamaño y menos delimitados que los encontrados en los tecomas con focos de luteinización. Las cé-

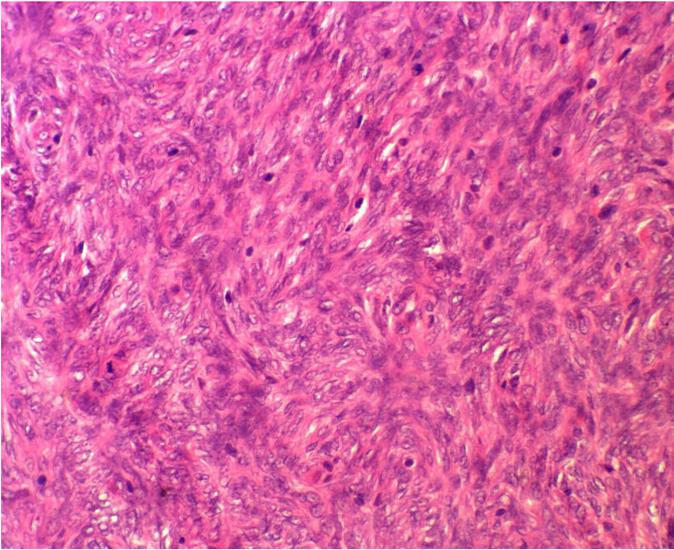
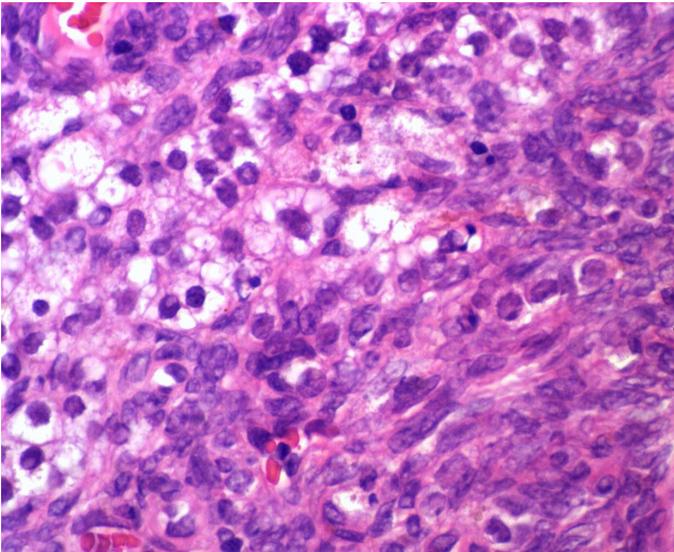
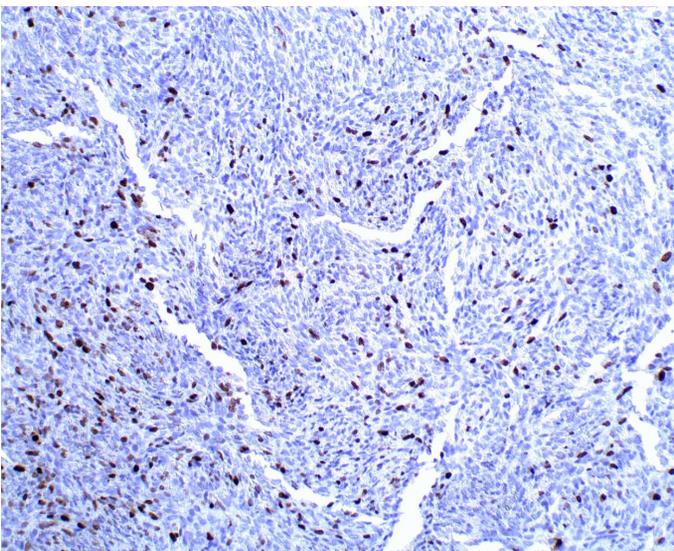


Figura 1. Caracteres histológicos de la lesión ovárica. A) Área celular con células fusiformes con tendencia a la disposición fasciculada. Grupos de células luteinizadas. 4x. B) Acúmulos de células luteinizadas con citoplasma pálido y vacuolado. 40x. C) Marcación positiva con Ki 67

A. Células fusiformes. Mitosis



B. Células luteinizadas



C. Ki 67

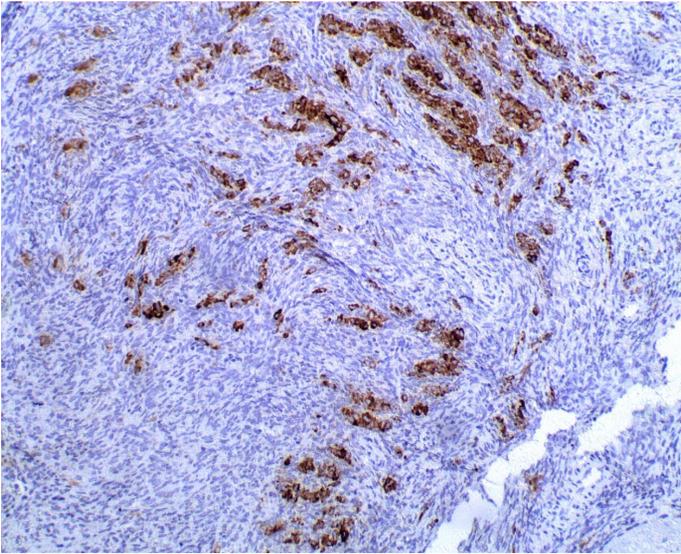
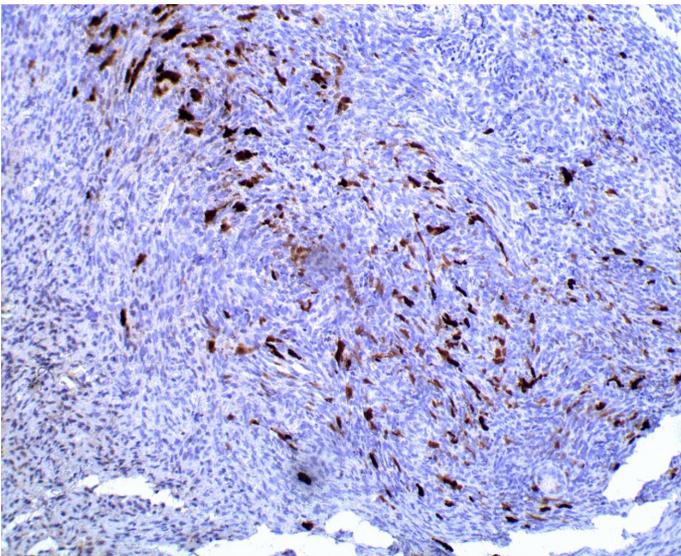
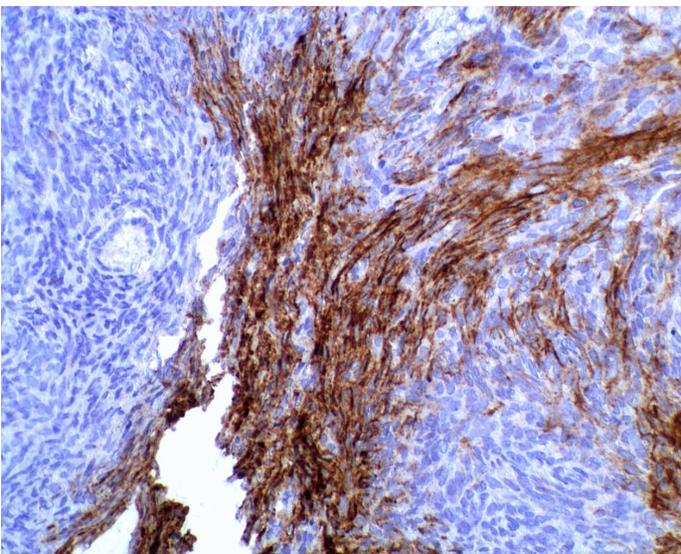


Figura 2.
Caracteres inmunohistoquímicos en la
lesión ovárica.

A. Inhibina. 10x



B. Calretinina. 10x



C. AML 20x

lulas luteinizadas tienen escasa a moderada cantidad de citoplasma eosinófilo o claro, finamente vacuolado, sin cristales de Reinke, con núcleos uniformes, centrales, redondeados y nucléolos prominentes.

La actividad mitótica es prominente, mayor de 4 mitosis en 10 campos de gran aumento.

Los marcadores de inmunohistoquímica usados más frecuentemente para identificar los tumores de los cordones sexuales y del estroma son la inhibina, calretinina y EMA, siendo positivas las dos primeras y negativa la última. Las células del estroma ovárico son positivas para vimentina, CD56, WT1 y receptores de estrógeno y progesterona.

En el caso presentado las células luteinizadas presentan marcación positiva para inhibina, calretinina, y receptores de progesterona, pero negativas para receptores de estrógeno.

Las células fusocelulares fueron positivas para la AML y receptores de progesterona. Los receptores de estrógeno, EMA, CD34 y CD 117 fueron negativos. El marcador de proliferación Ki67 dio positivo 20%.

A nivel peritoneal se observa proliferación de fibroblastos y miofibroblastos separados por tejido conectivo, colágeno, fibrina y células inflamatorias.

No se observa atipía citológica ni actividad mitótica.

DISCUSIÓN

El tecoma luteinizado asociado a peritonitis esclerosante (LTSP) es una entidad rara, descrita por primera vez por Clement, Young, Hanna and Scully en 1994, con caracteres clínicos, histológicos y de inmunohistoquímica particulares.^(1,3,4,6)

La edad de presentación de este caso es

de 47 años. Los distintos autores reportan una mayor frecuencia en la segunda y tercera década, con una edad promedio de 46 años, es decir en mujeres más jóvenes que lo observado en los tecomas típicos, en los que el 84% la edad media es de 59 años y sólo el 10% es menor de 30 años.^(2,7)

Clínicamente la paciente se presentó con un cuadro abdominal oclusivo con vómitos, detención del tránsito, dolor y distensión abdominal. Estas son algunas de las complicaciones destacadas por Clement⁽¹⁾, quienes mencionan que los sitios más frecuentemente afectados son epiplón y serosa de intestino delgado, con la consecuente obstrucción.

De los exámenes complementarios se destaca la determinación del marcador tumoral CA 125 que se encuentra ligeramente aumentado, generando la sospecha de carcinomatosis desde el punto de vista clínico.⁽¹⁵⁾

Se ha discutido la naturaleza neoplásica o no-neoplásica de esta patología ovárica, interpretación que tiene repercusión en la terminología utilizada para su designación.^(1,4,16)

A favor del origen neoplásico^(1,4) que apoyaría su designación como tecoma luteinizado, se señala el aumento del tamaño del ovario, la alteración con pérdida de la arquitectura histológica normal y la presencia de células luteinizadas dentro de una proliferación de células fusiformes como se observa en el tecoma típico con luteinización. Según Clement, esta lesión representaría una etapa temprana en el desarrollo del tecoma luteinizado bilateral. Sin embargo, estos caracteres no son concluyentes para afirmar su origen neoplásico. El aumento del tamaño del ovario se observa también en entidades no neoplásicas como el edema masivo, la hipertecosis estromal y la fibromatosis.⁽¹⁾

La clasificación WHO de 2014 no incluye

la terminología tecoma luteinizado y señala que algunos autores sugieren usar el término de tecomatosis en apoyo de la naturaleza no-neoplásica.^(4,5)

Los parámetros que apoyan esta interpretación son la bilateralidad, la afectación predominante de la cortical ovárica con expansión de la misma sin formación de una masa de bordes expansivos y la inclusión dentro de la lesión de estructuras ováricas normales pre-existentes como folículos, cuerpos lúteos y cuerpos albicans, caracteres que no son frecuentes en los tumores de los cordones sexuales y del estroma.^(1,4,6,7)

El uso del término "*tecomatosis luteinizada del tipo asociada con peritonitis esclerosante*" fue propuesto por Staats, McCluggage y Clement en 2008 debido a la frecuente naturalezaseudoneoplásica de las lesiones.^(3, 4)

Para Russell et al.^(3,16) el síndrome LTSP puede corresponder a una proliferación estromal reactiva que incluyen dentro del espectro edema masivo-fibromatosis. También Mellembukken⁽⁸⁾ apoya el uso del término "*tecomatosis luteinizada*", para designar la proliferación difusa de células tecales con focos de luteinización, asociada con peritonitis esclerosante, para enfatizar la naturaleza no-neoplásica de las lesiones ováricas y peritoneales.

El patrón histológico descrito anteriormente puede verse también en los fibromas en los que la proliferación fusocelular es más densa y adopta una disposición estoriforme, con bandas de colágeno o placas hialinizadas intercaladas, que también pueden observarse en los tecomas.^(1, 3,4,6,17)

Se asocian nidos de menor tamaño y menos delimitado de células luteinizadas que los observados en los tecomas con focos de luteinización.^(1,2,4,5,8,9,18)

En el contexto de una proliferación fusocelular densa con actividad mitótica que puede ser elevada, se debe realizar el diagnóstico diferencial con el fibroma celular mitóticamente activo, el fibrosarcoma de bajo grado,^(5,8,17) y el tumor de la granulosa adulto difuso.⁽⁷⁾ La ausencia de atipia citológica es un parámetro importante en el diagnóstico diferencial.^(4,5,7,17)

En el caso presentado las células luteinizadas presentan marcación positiva para inhibina, calretinina y receptores de progesterona, pero negativas para receptores de estrógeno. Estos resultados coinciden con lo hallado por Staats y otros autores^(2,4) que señalan el resultado positivo con el marcador CD56 que se considera muy sensible para los tumores de los cordones sexuales y del estroma.^(3,4)

Las células fusocelulares fueron positivas para la AML y receptores de progesterona. Los receptores de estrógeno, EMA, CD34 y CD 117 fueron negativos. El marcador de proliferación Ki67 dio positivo 20%. Para algunos autores el índice de proliferación celular fue bajo⁽³⁾ y llegando a 50% para Mellembakken.⁽⁸⁾

Para Altman⁽²⁾ las células fusocelulares de la lesión ovárica fueron positivo difuso para vimentina, positivo focal para receptores de estrógeno y progesterona, calretinina y CD56. La marcación resultó negativa para inhibina, citoqueratina, CD10, desmina, AML, CD117 y CD34. Las células luteinizadas mostraron positividad fuerte para calretinina, inhibina y CD56.

El diagnóstico diferencial con el tumor estromal gastrointestinal (GIST) metastásico en ovario se realiza con la marcación con CD34 y CD117 que resultan con positividad difusa.^(4, 17)

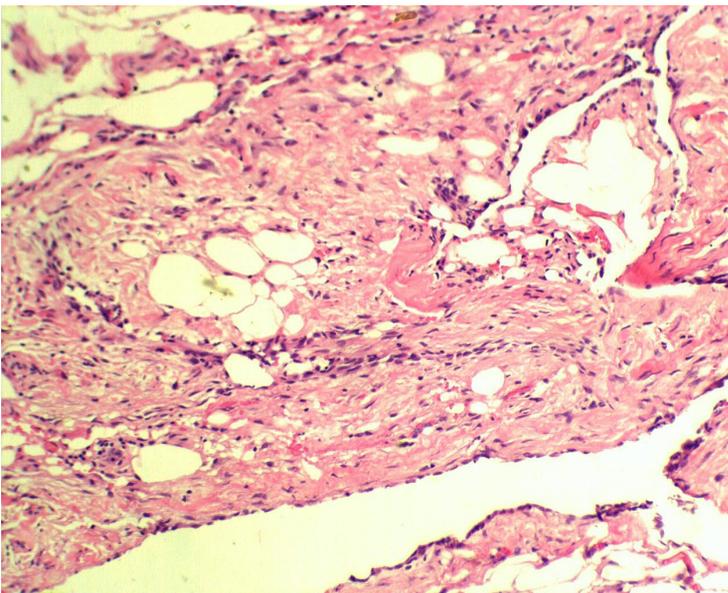
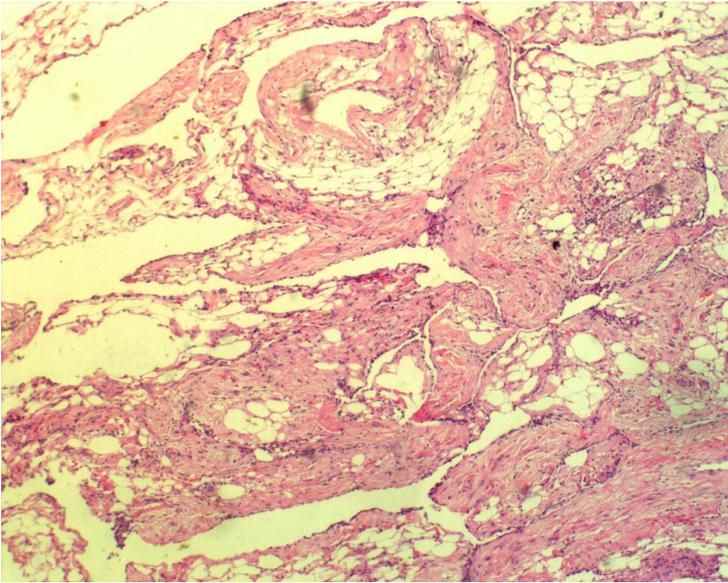


Figura 3.

Caracteres histológicos de la peritonitis esclerosante. A, B) Lobulillos adiposos rodeados de tejido fibroso. Fibroblastos, colágeno e infiltrado linfocitario.

PERITONITIS ESCLEROSANTE

La peritonitis esclerosante que se observa en este síndrome LTSP, se caracteriza por una marcada reacción inflamatoria con extensa fibrosis peritoneal que tiene tendencia a rodear los lobulillos adiposos. Pueden asociarse nódulos fibrosos submesoteliales.

(1-4,14)

La ausencia de atipia citológica y activi-

dad mitótica permite su distinción de la carcinomatosis peritoneal y otros procesos malignos metastásicos a nivel peritoneal.^(1-3,8,11,12)

En general las lesiones peritoneales se detectan fácilmente en el examen macro y microscópico. En algunos casos puede ser solo un hallazgo microscópico y en otros casos el estudio macroscópico sólo puede identificar muy aisladas adherencias peritoneales.⁽³⁾

La relación temporal entre las lesiones ováricas y peritoneales es variable. En general, como en nuestro caso, el desarrollo es simultáneo. La lesión peritoneal puede estar desfasada en el tiempo, manifestándose tardíamente.

Las técnicas de inmunohistoquímica realizadas a nivel del peritoneo mostraron positividad difusa para vimentina, citoqueratina AE1/AE3, CD34; positividad focal para receptores de estrógeno y progesterona, calretinina, AML, CD10 y resultados negativos para inhibina, desmina, CD56 y CD117.⁽²⁾

Los factores que intervienen en el desarrollo de la peritonitis esclerosante permanecen inciertos. Los distintos autores plantean como posible causa la secreción por las células luteinizadas del ovario de una sustancia que provoca la proliferación fibroblástica. Se han sugerido otras causas hipotéticas como la secreción ovárica de hormonas como estrógenos y progesterona, ya que también se ha observado este cuadro en casos de tumores de la granulosa juveniles con luteinización.⁽¹⁹⁾ Otra sustancia sugerida por algunos autores sería el factor beta transformante (TGF- β), como una de las sustancias probables que estimulan la proliferación mio-fibroblástico, entre otras citoquinas del microambiente. Se mencionan también fármacos antiepilépticos, enfermedades autoinmunes asociadas como el lupus eritematoso que se observa en asociación con peritonitis esclerosante encapsulada.^(6,13,20)

CONCLUSIÓN

Describimos un caso que presenta los caracteres clínicos y patológicos del tecoma luteinizado bilateral de ovario asociado a peritonitis esclerosante (LTSP).

Esta lesión de ovario es una entidad poco frecuente que se caracteriza por afectación ovárica bilateral con proliferación de células estromales fusocelulares con focos de luteinización y actividad mitótica y que se asocia a peritonitis esclerosante. La lesión peritoneal, en la que se observa proliferación de células fibroblásticas y miofibroblásticas, puede ser causa de complicaciones con alta morbilidad y en algunos casos con resultado fatal.

La patogenia de este síndrome así como la naturaleza neoplásica o no neoplásica de las lesiones ováricas no está definitivamente establecida. Las técnicas de inmunohistoquímica realizadas en el caso presentado muestran marcación positiva para inhibina, calretinina y CD56, que son los tres marcadores clásicos de los tumores de los cordones sexuales y del estroma. Sin embargo, la literatura muestra resultados dispares para estos marcadores. En nuestro caso, los resultados de la IHQ a nivel del ovario y peritoneo, junto con la morfología y la clínica, son consistentes con los cambios observados.

Bibliografía

- 1] Clement PB, Young RH, Hanna W, Scully RE. Sclerosing peritonitis associated with luteinized thecomas of the ovary. A clinicopathological analysis of six cases. *Am J Surg Pathol* 1994;18(1):1-13
- 2] Altman AD, Bentley JR, Rittenberg PV, Murray SK. Luteinized Thecomas ("Thecomatosis") with Sclerosing Peritonitis (LTSP): Report of 2 Cases and Review of an Enigmatic Syndrome Associated with a Peritoneal Proliferation of Specialized (vimentin+/keratin+/CD34+) Submesothelial Fibroblasts. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016 Jan;38(1):41-50. doi: 10.1016/j.jogc.2015.10.010.
- 3] Bahar B, Hu Z, Szpaderska A, Liotta M, Potkul RK, Smith D, Erşahin Ç. Fatal case of luteinized thecoma with sclerosing peritonitis in a 40-year-old woman. *Int J Gynecol Pathol.* 2014 Jan;33(1):30-4. doi: 10.1097/PGP.0b013e31827d1a65.
- 4] Staats PN, McCluggage WG, Clement PB, Young RH. Luteinized thecomas (thecomatosis) of the type typically associated with sclerosing peritonitis: a clinical, histopathologic, and immunohistochemical analysis of 27 cases. *Am J Surg Pathol.* 2008 Sep;32(9):1273-90. doi: 10.1097/PAS.0b013e3181666a5f.
- 5] Kurman RJ, Carcangiu ML, Simon Harrington C, Young RH. WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs. 4th Edition . IARC. 2014, Chap 1. Tumours of the Ovary. Sex cord-stromal tumors - pure stromal tumors. McCluggage WG, Staats PN, Young RH, Kiyokawa T P 44-49.
- 6] McCluggage WG, Staats PN, Gilks CB, Clement PB, Young RH. Luteinized thecomas (thecomatosis) associated with sclerosing peritonitis exhibit positive staining with sex cord markers steroidogenic factor-1 (SF-1) and FOXL2. *Am J Surg Pathol.* 2013 Sep;37(9):1458-9. doi: 10.1097/PAS.0b013e31829bafef.
- 7] Kurman RJ, Hedrick Ellenson L, Ronnet BM. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract.(6ª edición). 2011.New York Dodrecht Heilderberg London. Springer. Chap 15. Sex Cord-Stromal, Steroid Cell, and Other Ovarian Tumors with Endocrine, Paraendocrine, and Paraneoplastic Manifestations. Robert H Young. p786-846.
- 8] Mellembakken JR1, Engh V, Tanbo T, Czernobilsky B, Edelstein E, Lunde O, Roth LM. Mitotically active cellular luteinized thecoma of the ovary and luteinized thecomatosis associated with sclerosing peritonitis: case studies, comparison, and review of the literature. *Pathol Res Pract.* 2010 Nov 15;206(11):744-8. doi: 10.1016/j.prp.2010.07.001. Epub 2010 Aug 8.
- 9] Zhang J, Young RH, Arseneau J, Scully RE. Ovarian stromal tumors containing lutein or leydig cells (luteinized thecomas and stromal leydig cell tumors) a clinicopathological analysis of fifty cases. *Int J Gynecol Pathol* 1982;1(3):270-85.
- 10] Kurman RJ, Hedrick Ellenson L, Ronnet BM. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract.(6ª edición). 2011.New York Dodrecht Heilderberg London. Springer. Chap 12. Non neoplastic lesions of the ovary. Irving JA, Clement PB p580-624.
- 11] Ho JD, Bhawan J, O'Brien MJ, Goldberg LJ. Cutaneous involvement in luteinized thecomas with sclerosing peritonitis (LTSP)- A new finding in a rare syndrome. *J Cutan Pathol.*2017 Oct;44(10):898-902. doi:10.1111/cup.12990.Epub 2017 Jul 21.
- 12] De Pati A1, Mukhopadhyay S2, Nandi A3, Das I. Sclerosing peritonitis with unilateral ovarian luteinized thecoma in a post-menopausal woman: A case report. *J Midlife Health.* 2014 Oct;5(4):198-201. doi: 10.4103/0976-7800.145173.
- 13] Medhat MA, Abdel Malek MA, Zaki S, Helmy A, Driscoll JJ. Rare extraperitoneal involvement with fatal outcome in a case of bilateral luteinized thecoma of the ovaries with sclerosing peritonitis. *Case Rep Oncol Med.* 2014;2014:904581. doi: 10.1155/2014/904581. Epub 2014 Jun 5.
- 14] Walker J, Moss FL, Ganesan R, Hirschowitz L. Sclerosing peritonitis associated with a luteinized adult granulosa cell tumor. *Int J Gynecol Pathol* 2012;31(2):141-4.
- 15] Vieira SC et al. Sclerosing peritonitis associated with luteinized thecoma and elevated serum CA 125 levels: case report" Sao Paulo Med. J 2008; 126 (2):123-5.
- 16] Russell P, Robboy SJ, Anderson MC. Ovary: normal and benign conditions. In: Robboy SJ, Anderson MC, Russell P, eds. *Pathology of the Female Reproductive Tract.* Edinburgh: Churchill Livingstone;2002:475-526.
- 17] Irving JA, Lerwill MF, Young RH. Gastrointestinal stromal tumors metastatic to the ovary: a report of 5 cases. *Am J Surg Pathol.*2005;29:920-926.
- 18] Bianco R, de Rosa G, Staibano S, Somma P, Bianco AR. Ovarian luteinized thecoma with sclerosing peritonitis in an adult woman treated with leuprolide and toremifene in complete remission at 5 years. *Gynecol Oncol* 2005;(3):846-9.
- 19] Amita K. Sclerosing peritonitis occurring in association with juvenile granulosa cell tumors. *J Clin and Res.* 2014 Vol 8 (3); 12-5.
- 20] Werness BA. Luteinized thecoma with sclerosing peritonitis. *Arch Pathol Lab Med* 1996;120(3):303-6.

Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)

Órgano 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 impresa 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 verifique 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): editorial. 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^{ème} 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-

blación. 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 obstetricia, 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 Uruguai 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 permissão escrita da direção da revista.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Os artigos entregados para sua publicação em Arquivos de Ginecologia e Obstetricia deverão-se adequar as seguintes normas. Lembre 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 valorarão 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 aceitadas 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 senhalar 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 redatado 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, equipos, 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 resúmens. 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 necessitados 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. Indentificam-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 dosis e forma de administração. Não devem-se mencionar nomes de pacientes, iniciais ou número de ingresso aos hospitalais.

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.

Estadística.

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 presentá-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 ríguroso 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 cómo os dados obtidos nos resultados podem levar ao plano inicial.

Conclusões.

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

Agradecimentos.

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

Bibliografía.

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, sinalará-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, quilograma, 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.

Fecha

D

M

A

Solicitud de ingreso, reingreso o actualización de datos como socio de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay

Quien suscribe, solicita a la **Comisión Directiva de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay**, su:

Ingreso como Socio

Reingreso como Socio

Actualización de datos

Activo

Interior

Nombre Apellidos

Dirección

Ciudad CP

Teléfono Fax Móvil

E Mail

Fecha de nacimiento Fecha de título médico

Fecha de Especialidad Especialidad

SOLICITUD DE DÉBITO AUTOMÁTICO

TARJETA DE CRÉDITO

Marque con una cruz:

MASTERCARD

CABAL

VISA

OCA

Solicito a Ustedes descontar de mi tarjeta las cuotas de afiliación a esta Sociedad

Marque con una cruz:

Mensual

Semestral

Anual

Datos del titular de la Tarjeta

Apellidos, Nombres:

Nº de Tarjeta (16 dígitos):

Domicilio:

Fecha Vto. Tarjeta:

C.I.

FIRMA

Aclaración de Firma