

AGO.uy

ARCHIVOS de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

Publicación oficial de la Sociedad Ginecitológica del Uruguay

ISSN 0797-0803



2019

Volumen 57

Número 1

Páginas 1- 72

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

www.urufarma.com.uy

Líderes en Anticoncepción en Uruguay



Urufarma

ARCHIVOS DE Ginecología y Obstetricia

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

2019; Volumen 57, Número 1: 1-72 • 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 Ginecitológica 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

Bibliotecólogo

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.sguruguay.org> | e mail: sgineuruguay@gmail.com

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

REVISTA ARBITRADA

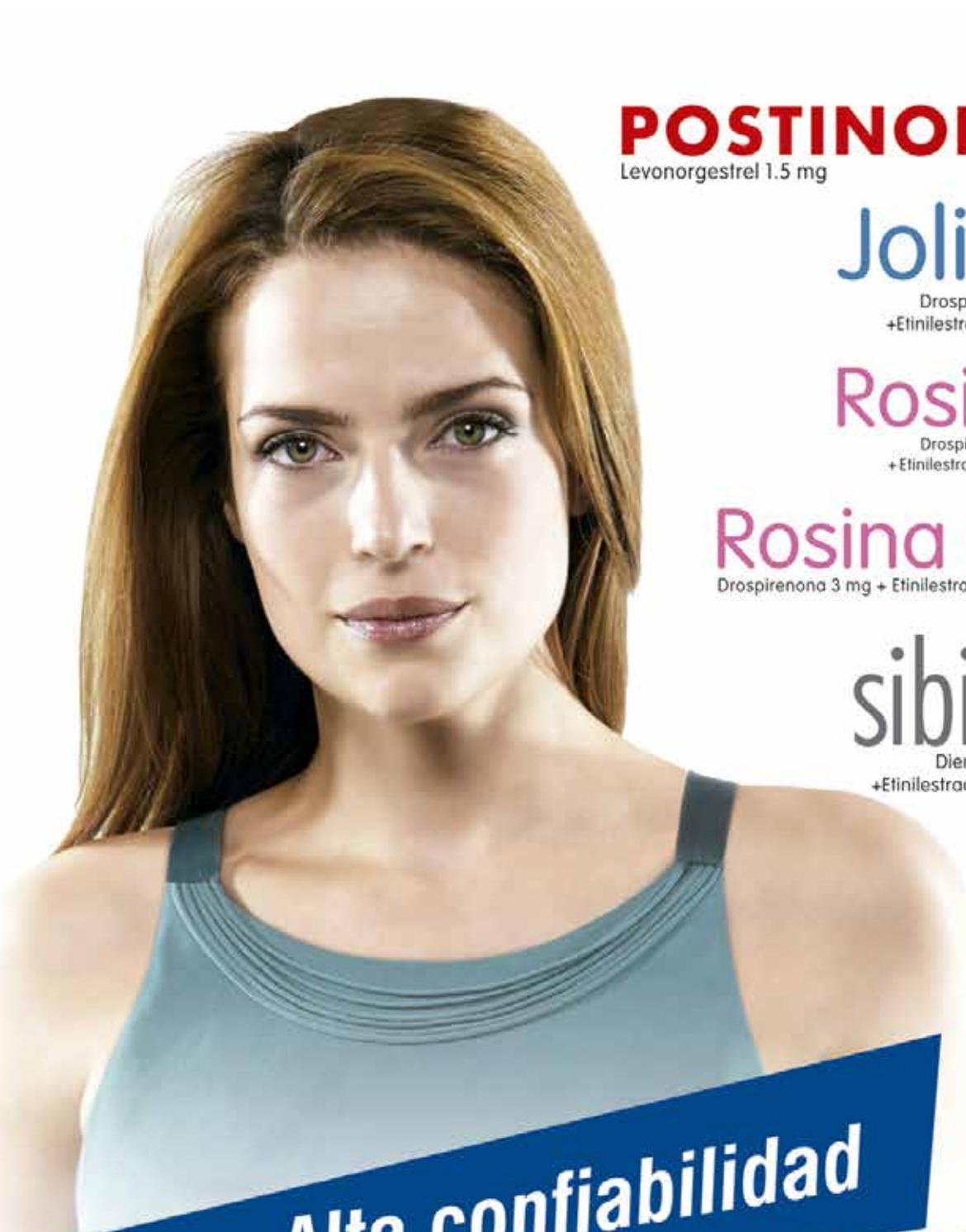
PROYECTO AGO.UY

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
CARTAS AL EDITOR	8
Parto humanizado: ¿una nueva realidad del siglo XXI? Dr. Claudio G. Sosa	
Prurito del embarazo F. Rodríguez Escudero	11
Análisis de la vigencia actual de la cirugía de Burch y de sling pubovaginal para la incontinencia urinaria de esfuerzo E. Castillo Pino	21
Liquen escleroso: actualización A. Caussade	31
Transfusión de sangre desplasmaticada durante el embarazo y el puerperio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell F. Lemos, N. Martino, C. Torrado, P. Lema, G. Del Villar, C. Raffo, B. Boggia, C. Sosa	57
Normas de Publicación. Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO) Órgano de la SGU	67

ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

damssel®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación
que justifica el cambio



damselfa®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:
Natural y Personal



Gador 
Al Cuidado de la Vida

EDITORIAL

Estimados lectores:

Este es el primer número de la revista AGO 2019, la revista de toda la comunidad ginecológica del Uruguay, y nos place presentarlo.

Publicamos aquí una *Carta al Editor* y cuatro artículos sumamente interesantes, tres de revisión y uno original, de investigación.

El primer artículo de revisión presenta un tema muy frecuente en la consulta obstétrica diaria como lo es el prurito en el embarazo, sus diagnósticos diferenciales y de acuerdo a éstos, el tratamiento; muy práctico y útil para todos los obstetras.

El segundo artículo de revisión tiene como objetivo poner al día los usos de las diferentes técnicas quirúrgicas para la incontinencia de orina.

El tercer artículo de revisión presenta un tema frecuente en la consulta ginecológica, como lo es el liquen escleroso, difícil de diagnosticar y tratar por la cronicidad del mismo y los múltiples empujes que presenta, por lo que requiere un tratamiento dinámico.

El último artículo es un estudio retrospectivo realizado por el equipo de ginecólogos y hemoterapeutas del CHPR, sobre las indicaciones y el efecto de las transfusiones con sangre desplasmatazada en el embarazo y puerperio, importante para estar atento, saber las principales causas de las mismas y fomentar el trabajo interdisciplinario, lo que conlleva beneficios para la usuaria.

Espero disfruten este número y que les sea útil en su práctica diaria.

Los saluda con afecto,



DRA. NATALIA PÉREZ
Editora AGO



Parto humanizado: ¿una nueva realidad del siglo XXI?

Dr. Claudio G. Sosa

En la actualidad, diversos sectores de la sociedad e instituciones proveedoras de servicios de salud han puesto un marcado énfasis en la necesidad de jerarquizar el trato humanista durante la asistencia del trabajo de parto y el parto. Lo que comúnmente se denomina “parto humanizado” constituye un proceso que optimiza la atención de calidad a las pacientes y resulta prioritario incorporarlo durante la asistencia del parto. En ese sentido, el “parto humanizado” también conocido como “parto respetuoso” o “parto no medicalizado” ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud como el “proceso de cuidado de atención del parto para lograr una experiencia positiva”.^(1,2) Sin lugar a dudas, creemos fervientemente que el enfoque humanista es un elemento esencial que apunta a la excelencia en la atención de las pacientes, que todo proveedor de salud debe incorporar de manera inherente a su práctica y del cual nuestra especialidad naturalmente forma parte. Sin embargo, cabe destacar que el “parto humanizado” no constituye un concepto radicalmente innovador, puesto que fue introducido en nuestro medio varias décadas atrás como parte del contenido curricular de la formación de posgrado de la especialidad. De hecho, uno de los pioneros en introducir el parto con una visión humanista en Uruguay fue el

Prof. Caldeyro Barcia en la década de 1980 del siglo pasado. A los obstetras del siglo XXI, desde la perspectiva personal, profesional y académica nos resulta natural la asistencia del parto con un enfoque humanista y es por ello que lo hemos incorporado en el proceso de enseñanza y aprendizaje de la especialidad. El camino hacia el “parto humanizado” ha sido testigo de hitos fundamentales como el que dio comienzo en el año 1997 por parte del Centro Latinoamericano de Perinatología/OPS donde se trabajó en profundidad para incorporar intervenciones con buen sustento científico, y que culminó con la aprobación de la Ley 17.386 de 2001, que permitió el acompañamiento a elección por parte de la usuaria durante el trabajo de parto y parto. Concomitantemente, los servicios de Facultad de Medicina donde se forman nuestros especialistas, incorporaron no solo la evidencia demostrada para asistir el parto, sino que trabajaron para lograr un cambio en la práctica clínica. Por ejemplo, tuvimos el orgullo de ser en el año 2001 los que iniciamos el aprendizaje de destrezas quirúrgicas con práctica en simuladores, asesorados por docentes internacionales de reconocida trayectoria provenientes de JH-PIEGO (asociada a la Universidad de Johns Hopkins). Asimismo, desde la academia realizamos capacitación en las intervenciones basadas en

la evidencia, que son parte de las recomendaciones médicas que integran del denominado “parto humanizado”.

Sin perjuicio de lo anterior, aún queda camino por recorrer para brindar la mejor atención posible a la paciente en trabajo de parto. Así, aún persisten ciertas limitantes en el sistema de salud que no hacen posible la adopción de las recomendaciones en su cabalidad. Adicionalmente a la adopción de medidas y procedimientos beneficiosos evitando intervenciones médicas innecesarias, se destaca la necesidad de contar con unidades de salud que reciban a la mujer y a su familia con la dignidad y el respeto que merecen. Aquellos que estamos convencidos en la pertinencia de la asistencia del “parto respetuoso” tenemos el deber ético de trabajar con ahínco para propiciar que se puedan ofrecer las mejores condiciones para su correcta aplicación, tanto en lo referente al personal de los servicios de salud (asistencia individualizada y respetuosa de las necesidades de la paciente durante todo el trabajo de parto y parto y en una relación uno a uno con el equipo de salud durante todo el proceso), como en lo institucional (salas de nacer adecuadas que permitan por ejemplo la posibilidad de deambular y utilizar elementos que le permitan a la paciente y a su acompañante adoptar posiciones y actitudes según su voluntad y que cuenten con los recursos necesarios para un correcto control de la salud fetal y materna durante el trabajo de parto).⁽³⁾ Resulta crucial entonces para este pro-

ceso que las instituciones de salud del siglo XXI propicien y fortalezcan sus maternidades para que sean amigables con la paciente embarazada y para que la infraestructura que ofrecen no sea una limitante cuando la mujer elige el lugar para realizar el trabajo de parto y el parto. Y aquí cabe hacer una precisión no menor: el “parto humanizado” en nuestro medio no es un sinónimo de parto en domicilio, puesto que este último no brinda las garantías mínimas de seguridad para lograr los mejores resultados maternos y perinatales. Existe amplia evidencia observacional que ha demostrado que aquellas usuarias que optan por el parto en domicilio presentan un incremento en la mortalidad perinatal (21 muertes perinatales adicionales en 10.000 nacimientos), entre otros resultados adversos, que, si bien son de baja frecuencia, cuando ocurren, son resultados devastadores para la mujer, su familia y para la sociedad que queremos construir.^(4,5)

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C9689DBEC5BF97E428E28800586C581E?sequence=1>
2. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Nogueira Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2018;125(8):932-42.
3. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reproductive health*. 2018;15(1):23.
4. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2010;203(3):243 e1-8.
5. Committee on Obstetric P. Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstetrics and gynecology*. 2017;129(4):e117-e22.

**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

Prurito del embarazo

Pruritus during pregnancy

F. Rodríguez Escudero¹

Resumen

El prurito es un síntoma desagradable y relativamente frecuente durante el embarazo, su etiología puede ser por condiciones previas a la gestación o que aparecen durante la misma. Dentro de estas tenemos a situaciones coincidentes con el embarazo y otras determinadas por él. Este último grupo centra la atención de este trabajo que ha sido realizado para el ginecólogo clínico, donde se describen conocimientos prácticos que permitirán realizar el diagnóstico apropiado y el tratamiento más aconsejado según la evidencia científica actual.

Palabras clave: mujer, embarazo, prurito, dermatosis, erupción atópica del embarazo, erupción polimorfa del embarazo, pénfigo gestacional, colestasis gravídica.

Abstract

Pruritus is an unpleasant and relatively frequent symptom during pregnancy. Its etiology may be due to pre-gestation or during-gestation conditions. Within these we have coinciding situations with pregnancy and others determined by him. This last group focuses the attention of this work that has been done for the clinical gynecologist, where practical knowledge is described that will allow the appropriate diagnosis and the most recommended treatment according to the current scientific evidence.

Key words: Woman, pregnancy, pruritus, dermatosis, Atopic pregnancy rash, polymorphous eruption of pregnancy, gestational pemphigus, cholestasis gravidarum.

1 Prof. Agdo. Clínica Ginecotológica C - IAPS.

Correspondencia: fabianrodriguez1965@gmail.com

Recibido: 20/02/19. Aceptado: 17/03/19

INTRODUCCIÓN

El prurito es un síntoma relativamente frecuente en el embarazo, la mayoría de las veces secundario a patología benigna que no requiere más que medicación tópica para disminuir esta desagradable sintomatología, pero en algunas ocasiones puede ser el síntoma de patologías graves que pueden causar prematurez y la muerte del feto. Uno de los estudios más importantes en este tema es el de Sheiner et al., en el que observaron 159.197 pacientes embarazadas en un período de 15 años, encontrando que el prurito gravídico se presentó en el 0,2% de los casos y estuvo principalmente relacionado con embarazos múltiples, tratamientos de infertilidad, diabetes mellitus y nuliparidad.¹ También es importante tener el concepto de que en la mayoría de las veces el prurito es

el síntoma inicial y posteriormente aparecen las lesiones cutáneas como eritema, pápulas, nódulos, erosiones, costras, úlceras y lesiones por rascado con sobreinfección.²

Respecto al nombre de las patologías que provocan prurito, existe una gran confusión en la literatura porque aún no hay consenso en cómo denominarlas, y muchas veces la misma patología tiene denominaciones diferentes. No vamos a entrar en esta discusión de expertos, ya que este trabajo está pensado para el médico clínico que necesita conceptos pragmáticos. Por eso se sugiere que la mejor manera de posicionarse en este tema es clasificando las posibles etiologías de prurito en el embarazo en *dos grandes categorías*: aquellos estados crónicos y por lo tanto previos al embarazo, y los que aparecen durante el embarazo; a su vez, estos úl-

Cuadro 1. Clasificación de los distintos tipos de prurito en el embarazo.



timos los podemos subdividir en patologías coincidentes con el embarazo, o en aquellas inducidas por este. **Cuadro 1.**

Ejemplos del primer grupo son el liquen escleroso y atrófico, la dermatitis atópica, micosis, psoriasis y distintas colagenopatías. Los cambios hormonales e inmunes del embarazo suelen afectar la evolución de estas patologías y la mayoría suelen mejorar, aunque una minoría puede quedar igual o incluso empeorar. Aquí también podemos encontrar pacientes con litiasis coledociana complicada.

Dentro de los estados pruriginosos coincidentes con el embarazo los más frecuentes son las alergias, la escabiosis, las micosis, las picaduras de insectos o arañas y las enfermedades bacterianas y virales como varicela y hepatitis.

El tercer grupo es el que centra este trabajo y suele denominarse "*Dermatosis específicas del embarazo*" y corresponde a un grupo de enfermedades que se presentan como consecuencia de los cambios inmunológicos y metabólicos que aparecen en la mujer embarazada. Si bien existen distintas clasifica-

ciones y distintos nombres para las mismas patologías, en este artículo describiremos las siguientes. **Cuadro 2.**

ERUPCIÓN ATÓPICA DEL EMBARAZO

Es la dermatosis de inicio más precoz, suele aparecer entre las 20 y las 34 semanas, y en algunos casos se presenta sobre una dermatitis atópica preexistente. Siempre que se observe un terreno atópico en la paciente (alergias, asma, rinitis, dermatitis atópica, etc.) ésta es la dermatosis más probable. La etiología es discutible, pero la mayoría de los expertos postulan a los cambios inmunes propios del embarazo. Más allá de la desagradable sintomatología no existe riesgo aumentado materno ni fetal, y responde rápidamente al tratamiento.³

Clínicamente se observan pápulas eritematosas intensamente pruriginosas y en la evolución vesículas excoriadas, que inicialmente se localizan en abdomen, parte proximal de las extremidades y tórax superior, para luego hacerse más diseminadas con afectación de los pliegues cutáneos o zonas

Cuadro 2.

Clasificación de los distintos tipos de prurito en el embarazo.

DERMATOSIS	SINÓNIMOS
Erupción atópica del embarazo	Prurigo gravídico, <i>prurito gravidarum</i> , prurigo del embarazo, prurigo gestationis de Besnier, prurigo temprano del embarazo, foliculitis pruriginosa del embarazo, eccema del embarazo, etc.
Erupción polimorfa del embarazo	PPUPE, erupción toxémica del embarazo, eritema tóxico del embarazo, etc.
Penfigoide gestacional	Herpes gestacional, herpes gravídico, herpes gestationis, herpes circinadobuloso, <i>pemphigus hystericus</i> , dermatitis multiforme gestacional, etc.
Colestasis gravídica	Colestasis recidivante, colestasis intrahepática del embarazo, ictericia benigna del embarazo, etc.

de extensión.⁴ Estas lesiones suelen persistir semanas o meses después de la finalización del embarazo.

En raras ocasiones se presenta como una foliculitis aguda, interpretada como una reacción acneiforme producida por alteraciones hormonales propias del embarazo.

Los exámenes complementarios son normales, incluyendo la anatomía patológica y los estudios de inmunofluorescencia.

El **tratamiento** se basa en cremas humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. En casos severos se usa corticoides orales durante una semana.

En los casos de foliculitis, suele responder bien al tratamiento con eritromicina al 2 o 4% local o una mezcla de hidrocortisona 1% y peróxido de benzoilo al 5 o 10%.

Puede repetirse en los próximos embarazos.

TIPS: Aparece tempranamente, en una paciente con terreno atópico

(Foto 1).

ERUPCIÓN POLIMORFA DEL EMBARAZO

En la literatura también se puede encontrar como PPUPE (placas y pápulas urticarianas pruriginosas del embarazo) y es bastante frecuente, suele ser la segunda dermatosis específica del embarazo en frecuencia, ocurriendo en 1 cada 200 embarazos. Afecta a las embarazadas en el tercer trimestre con una media en las 35 semanas, o más raramente en el puerperio, y es más frecuente en primigestas, gemelares, polihidramnios y fetos masculinos.⁵ La patogenia de la enfermedad es desconocida, pero la localización de las lesiones en abdomen, en especial alrededor de las estrías, sugiere que el cua-

Foto 1.

Erupción atópica del embarazo. Tomada de <https://askwomenonline.org/erupcion-atopica-del-embarazo-causas-sintomas-y-tratamientos-que-deben-ser-conscientes-de/>



dro debiera tener relación con la distensión abdominal. Se cree que el grado de estiramiento de la piel puede causar daño del tejido conjuntivo y exponer antígenos que generan una respuesta inflamatoria.

Clínicamente se observa prurito moderado a intenso junto a pápulas eritematosas urticarianas sobre las estrías abdominales, respetando la zona periumbilical. En ocasiones llegan a muslos, brazos, glúteos, espalda y todo el abdomen, pero suelen respetar palmas, pies y cara. En la evolución pueden aparecer vesículas pequeñas y sobreinfección por el rascado. En la mayoría de los casos las lesiones remiten en las 2 a 3 sema-

nas después del parto y la enfermedad recurre la mitad de las veces en gestaciones posteriores.⁶

Los exámenes de laboratorio son normales, al igual que la anatomía patológica y la inmunofluorescencia. Tal como la erupción atópica, no acarrea riesgo materno ni fetal.

El **tratamiento** es con cremas humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales. En casos severos se usa corticoides orales durante una semana.

TIPS: Aparece en tercer trimestre, sobre las estrías

(Foto 2).

Foto 2.

Erupción polimorfa del embarazo. Tomada de <https://www.sergioniklitschek.com/dermatosis-del-embarazo/>



PENFIGOIDE GESTACIONAL

Es una rara enfermedad autoinmune que se observa en la segunda mitad del embarazo generalmente en embarazadas con otras enfermedades autoinmunes (principalmente enfermedad de Graves, tiroiditis autoinmune, diabetes tipo I, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia), aunque un pequeño porcentaje lo hace en el primer trimestre o en el puerperio.

Cuando se hace este diagnóstico hay que recordar que se suele repetir en los próximos embarazos con peor pronóstico y en algunas pacientes durante la menstruación.⁷

La etiología se encuentra en una reacción cruzada entre la membrana basal de la pla-

centa y la piel, hallándose anticuerpos IgG1 anti membrana basal de la epidermis.⁸

Clínicamente se observa malestar general, fiebre, náuseas, cefalea y prurito intenso que puede preceder en días o semanas a la aparición de las lesiones cutáneas, que suelen ser similares a lesiones herpéticas, es decir, lesiones eritematosas con bordes nítidos y sobreelevados, con pápulas edematosas urticarianas muy pruriginosas en tronco y región periumbilical, que luego se diseminan a palmas, plantas de pies, cara y mucosa oral (10%). Estas pápulas luego evolucionan a vesículas o ampollas a tensión, con contenido transparente, y finalmente con el rascado aparecen escoriaciones y costras. (**Foto 3**).

Foto 3.

Penfigoide gestacional. Tomada de <http://caduceodorado.blogspot.com/2016/01/herpes-gestationis.html>



El diagnóstico se realiza mediante la clínica, biopsia de piel e inmunofluorescencia, encontrándose un depósito lineal denso y regular de la fracción C3 del complemento.⁹

En el 10% de los casos hay afectación fetal por pasaje pasivo de anticuerpos, observándose prematuridad, RCIU y bajo peso al nacer. En ocasiones el recién nacido presenta lesiones cutáneas.

Tratamiento: las formas leves se tratan con corticoides tópicos, a los que puede agregarse prednisona 0,5 - 1 mg/kg/día, o metotrexate, y rara vez se necesita plasmaféresis, gammaglobulina o fototerapia. La lactancia materna suele disminuir la duración del brote.

Recorre en el 90% de los casos con modalidades más intensas y en etapas más precoces, también puede recurrir en el 10% de los casos ante el uso de ACO con estrógenos.

TIPS: Lesiones herpetiformes, con repercusión general materna (Foto 3).

COLESTASIS GRAVÍDICA

Es la hepatopatía más frecuente del embarazo y se produce por un trastorno de la homeostasis de los ácidos biliares a nivel hepático, provocando su aumento.¹⁰ Se caracteriza por un síndrome clínico de aparición en el tercer trimestre, representado por prurito palmo plantar nocturno y un síndrome bioquímico de aumento de las sales biliares (> 10 $\mu\text{mol/l}$). La etiología es multifactorial, donde pueden existir causas genéticas, ya que en poblaciones de Chile y Bolivia se observa más frecuentemente y con peor genio evolutivo. La alta incidencia en embarazos múltiples y con la ingesta de anticonceptivos orales postula los factores hormonales.¹¹

Clínicamente se caracteriza por prurito severo en palmas y plantas que empeora por la noche y posteriormente se generaliza paulatinamente a brazos, piernas, tronco y cara. Clásicamente no se acompaña de lesiones cutáneas, salvo las provocadas por el rascado. En casos graves puede acompañarse de ictericia, esteatorrea y déficit de vitamina K, lo que puede llegar a determinar un tiempo de protrombina prolongado: en estos casos existe riesgo aumentado de hemorragia en el parto o puerperio.

Es importante considerar que algunos fármacos usados en el embarazo pueden producir colestasis, destacándose la alfametildopa, la metoclopramida y las sulfas.¹²

En los exámenes complementarios se detecta ácidos biliares aumentados entre 10 y 100 veces su valor normal con una relación ácido cólico/quenodesoxicólico mayor a 1,5 y un porcentaje de ácido cólico mayor a 42%, con un discreto aumento de la bilirrubina directa (< 5 mg/dl), y solamente en el 10 a 20% de los casos aumento de las transaminasas (hasta 250 U/l) (por este motivo el aumento de las transaminasas no es un buen método de diagnóstico), también puede aumentar el colesterol, triglicéridos y fosfolípidos.

La colestasis aumenta el riesgo fetal: se ha demostrado que con valores de ácidos biliares > 40 $\mu\text{mol/l}$ existe 4 veces más riesgo de prematuridad y meconio, y el óbito fetal aumenta 1-2% por cada micromol que supere este valor. Habitualmente el embarazo se termina a las 37 semanas, o cuando la madurez pulmonar lo permita, dado la probable afectación de la salud fetal.

Clásicamente la colestasis desaparece al terminar el embarazo y recorre en el 50-70% de los embarazos posteriores, o ante el uso de ACO con estrógenos.

El **tratamiento** se basa en medidas

higiénico – dietéticas, como la dieta con bajo contenido de ácidos grasos saturados, y acciones farmacológicas.

Los fármacos más utilizados son:

- **Clorfeniramina:** bloquea la acción de la histamina por antagonismo competitivo reversible en el receptor H1. Dosis: 10 cc cada 6–8 horas o 1 comprimido cada 12–24 horas. Es poco eficaz.
- **Loratadina:** es un antihistamínico y se utiliza en dosis de 1 comprimido de 10 mg por día. Suele ser eficaz en casos leves.
- **Colestiramina:** es una resina de intercambio iónico que se fija a los ácidos biliares en la luz intestinal, impide su absorción y bloquea la circulación enterohepática de éstos. Dosis: 4–24 g/día. Resultados variables.
- **Ácido ursodesoxicólico:** es la droga de elección. Se trata de un ácido biliar hidrofílico natural que estabiliza la membrana canalicular del hepatocito y estimula la excreción de ácidos bi-

liares hidrofóbicos y de otras sustancias tóxicas. Mejora el prurito, las anomalías bioquímicas y disminuye el transporte de ácidos biliares al feto. Dosis: 10–15 mg/kg/día (300 mg/8 horas), dosis máxima 1.200 mg/día hasta el parto.

- **S-adenosil-L-metionina (SAME):** es un estabilizador de la membrana del hepatocito. Interviene en la detoxificación hepática de sales biliares y metabolitos hormonales mediante transmetilación. Dosis: 900 mg/día i.m. o i.v. Funciona muy bien pero es un tratamiento muy caro.
- **Corticoides orales:** algunos autores han tenido éxito con Prednisona a dosis de 0,5–1 mg/kg/día.
- Puede agregarse **Vitamina K**, a dosis de 2,5–10 mg día v.o. o i.v.

TIPS: prurito del tercer trimestre, sin rash cutáneo y con aumento de sales biliares (Foto 4).

Foto 4.

Colestasis gravídica. Tomada de <https://www.onmeda.es/enfermedades/colestasis-del-embarazo.html>



RESUMEN

El prurito en el embarazo es un síntoma desagradable que puede representar un problema en sí mismo o por la patología que lo origina, cuyas posibles repercusiones pueden afectar a la madre y/o al feto o recién nacido.

En ocasiones la etiología son patologías crónicas o que simplemente coinciden con el embarazo, ejemplos de la primera son las dermatitis atópicas, micosis y colagenopatías; y de las segundas la escabiosis, picaduras de insectos y micosis.

La mayoría de las veces se debe a trastornos inducidos por el embarazo, que suelen tener un pronóstico benigno y mejoran con cremas humectantes, corticoides tópicos y antihistamínicos orales; en estos casos generalmente estamos ante la erupción atópica del embarazo o la erupción polimorfa del embarazo. La diferencia entre ambas es que la primera es más temprana y la segunda compromete las estrías.

Otras veces la causa será una colestasis gravídica, que en su forma clásica se caracteriza por prurito palmo plantar nocturno, las lesiones en piel son consecuencia del rasgado, y elevación de las sales biliares. Cuando estas aumentan sobre 40 μ moles/l también aumenta proporcionalmente el riesgo fetal.

En muy raras ocasiones el prurito se acompaña de lesiones en piel de tipo herpético y repercusión general materna, lamentablemente en estos casos puede haber importante compromiso de la salud fetal.

Bibliografía

1. Sheiner E, Ohel I, Levy A, Katz M. Pregnancy outcome in women with pruritus gravidarum. *J Reprod Med*. 2006 May;51(5):394-8.
2. Weisshaar E, Diepgen T, Luger T, Seeliger S, et al. Pruritus in pregnancy and childhood - do we really consider all relevant differential diagnoses. *Eur J Dermatol* 2005;15:320-331.
3. Ambros-Rudolph C, Black M. Systematic Approach to de Dermatoses of Pregnancy. *Obstetric and Gynecologic Dermatology*. MOSBY, Elsevier, China, 2008:31-77.
4. Weatherhead S, Robson S, Reynolds N. Eczema in pregnancy. *BritMed J* 2007;21:152-154.
5. Borrego H, Diez Iglesias L. Dermatoses específicas del embarazo. Actualización. *Actas Dermosifil* 2002; 93 (3): 159- 167.
6. Roth M. Pregnancy dermatoses: diagnosis, management and controversies. *American Journal of Dermatology* 2011; 12 (1): 25-41
7. Shimanovich I, Brocker E, Zillikens D. Penphigoidgestationis: new insights into the pathogenesis lead to novel diagnostic tools. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002. Vol. 109, pp. 970-976.
8. Shornick J. Dermatoses of Pregnancy. *Semin Cutan MedSurg* 1998; 17: 172-181
9. Mascaró Jr y col. Fetal morbidity in herpes gestationis. *Arch Dermatol* 1995; 131: 1209-1210
10. Williamson C, Geenes V. Colestasis intrahepática del embarazo. *ObstetGynecol* 2014; 124: 120-33
11. Dixon P, Williamson C. The pathophysiology of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology* (2016) 40, 141—153
12. Colestasis Obstétrica. Royal College of ObstGynaecol. Green Top Guideline nº 43. April 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

Análisis de la vigencia actual de la cirugía de Burch y de sling pubovaginal para la incontinencia urinaria de esfuerzo

Current revision of the Burch Surgery and Pubovaginal Sling for Stress Urinary Incontinence

E. Castillo Pino¹

Clínica Ginecotocológica "B". Facultad de Medicina UdelaR.
Unidad de Uroginecológica y Piso Pélvico. Hospital de Clínicas

Resumen

Objetivo. Revisar las técnicas quirúrgicas más utilizadas en la actualidad para tratar la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) en la mujer.

Se realizó una revisión no sistemática de las técnicas de sling pubovaginal (PVS), la colposuspensión de Burch (BC) y los slings de uretra media (MUS) utilizando la base de datos de Pubmed, Cochrane y la guía de la Asociación Europea de Urología.

Se han descrito más de 100 procedimientos quirúrgicos a lo largo del tiempo, sin embargo, en la actualidad BC, PVS y MUS son los tratamientos quirúrgicos más empleados y eficaces para mu-

jes con IOE. Los MUS representan la intervención quirúrgica más frecuentemente utilizada en Europa para mujeres con IOE. La notificación de la FDA sobre el uso de mallas sintéticas en uroginecología conduce al aumento en la demanda de técnicas sin malla sintética como la BC y el PVS. La revisión actual confirma la superioridad de los MUS sobre la BC y el PVS para tratar la IOE femenina primaria.

Conclusión. Se recomiendan MUS en mujeres con IOE no complicada como la intervención quirúrgica preferida y BC (ya sea abierta o laparoscópica) o PVS autólogo en mujeres con IOE, si no se puede considerar MUS

Según las consideraciones socioeconómicas de algunos países los MUS y la colposuspensión laparoscópica son más rentables en comparación con la colposuspensión retropúbica abierta.

Las pacientes deben ser informadas con claridad y de manera adecuada sobre el material a

1 Profesor Agregado Clínica Ginecotocológica "B". Facultad de Medicina. Jefe de la Unidad de Uroginecológica y Piso Pélvico. Hospital de Clínicas

Maternidad. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

Correspondencia: castillopino@gmail.com

Recibido: 1/2/19. Aceptado: 9/3/19

utilizar y los riesgos y beneficios de las técnicas anti-incontinencia mencionadas.

Palabras clave: Food and Drug Administration, mesh, revision surgery, Burch urethropexy, midurethral sling, pubovaginal sling, stress urinary incontinence, single- incision sling.

Abstract

Objective. Review the surgical techniques most used today to treat stress urinary incontinence (SUI) in women.

A non-systematic review of pubovaginal sling (PVS) techniques was performed, Burch colposuspension (BC) and the middle urethral slings (MUS) using the database of Pubmed, Cochrane and the guide of the European Association of Urology.

More than 100 surgical procedures have been described over time. However, BC, PVS and MUS are the most used and effective surgical treatments for women with SUI. MUS represent the most frequently surgical procedure used in Eu-

rope for women with SUI. The FDA notification on the use of synthetic meshes in urogynecology increased the demand for techniques without synthetic mesh such as BC and PVS. The current revision confirms the superiority of MUS over BC and PVS to deal with primary female SUI.

Conclusion. MUS is recommended as the preferred surgical intervention in women with uncomplicated SUI and BC (either open or laparoscopic) or PVS autologous if MUS cannot be considered. According to the socio-economic considerations of some countries, MUS and laparoscopic colposuspension are more cost-effective compared to the open retropubic colposuspension.

Patients must be informed clearly and adequately about the material and the risks and benefits of the technique to be used.

Key words: Food and Drug Administration, mesh, revision surgery, Burch urethropexy, midurethral sling, pubovaginal sling, stress urinary incontinence, single- incision sling.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo es un tema relevante que atenta contra calidad de vida de la mujer que lo padece. Tratándose de un problema con solución, las pacientes deben saber que la cirugía es una herramienta importante en el tratamiento y pronóstico de estas pacientes.

Hace muchos años que el tratamiento quirúrgico de la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) resulta ser un verdadero desafío a la hora de elegir la técnica operatoria, ya que se han descrito más de 100 procedimientos quirúrgicos a lo largo del tiempo.

En el siglo XX, los tratamientos invasivos como la colposuspensión de Burch (BC) y los cabestrillos pubovaginales (PVS) fueron la principal herramienta de los tratamientos quirúrgicos.

En la postrimería del siglo XX, la introducción del cabestrillo de uretra media o *sling* de uretra media (MUS) descrito por Ulmsten y Petros, en la década de 1990, hizo que este procedimiento de cirugía mínimamente invasiva sea una opción válida.^(1,2) Hasta la fecha los MUS representan la intervención quirúrgica más frecuentemente utilizada en Europa para mujeres con IOE.⁽³⁾

En los últimos años se han desarrollado muchos dispositivos nuevos que aumentan el número de opciones de tratamiento disponibles y permiten encontrar una solución adecuada para cada paciente en función de los resultados subjetivos y objetivos, y las posibilidades de complicaciones operatorias.

En 2009 la *American Urological Association* (AUA)⁽⁴⁾ concluyó que los slings sintéticos de uretra media son una opción de tratamiento apropiada para las mujeres con IOE, con una eficacia similar pero menos morbilidad que las técnicas convencionales de cabestrillo sin

malla sintética, tales como el cabestrillo pubovaginal (PVS, por sus siglas en inglés). Esta conclusión esta basada en el análisis de ensayos controlados aleatorizados con evidencia a largo plazo de múltiples series de casos.

Sin embargo, en el año 2011, la *Food and Drug Administration* (FDA) publicó una notificación actualizada de salud pública con el fin de informar sobre los eventos adversos vinculados con el empleo de la malla sintética en la cirugía uro-ginecología, pero sobre todo, específicamente con el uso de malla transvaginal para tratar el prolapso de órganos pélvicos.⁽⁵⁾ Esta advertencia de la FDA fue el inicio de una gran controversia que generó la inquietud en los Comités de Expertos de varias asociaciones científicas como la *American Urogynecologic Society* (AUGS), la *International Urogynecological Association* (IUGA), la *International Continence Society* (ICS), donde emiten una declaración de posición conjunta que apoyan y respaldan la técnica de cabestrillo sintético de uretra media o "*midurethral sling*" (MUS) para la tratar quirúrgicamente la IOE y expresaron manejar con cautela y evaluación sobre la implantación de mallas para POP.⁽⁶⁾ Este "llamado de atención" generó una difusión en los medios de comunicación en relación al empleo de mallas sintéticas transvaginales causando confusión y temor con respecto a los MUS en el público general. Todo esto se debió principalmente al riesgo de complicaciones médicas, incluidas la extrusión (exposición/erosión) de la malla, la dispareunia, las infecciones y el dolor inguinal o retropúbico.

Por otro lado, este debate ha generado en algunos lugares del mundo, la implementación de juicios médico legales, el cierre de empresas proveedoras de mallas sintéticas, la aparición de historias de medios de prensa y el interés de algunos gobiernos, como

se ha visto en países como Estados Unidos, Reino Unido y Canadá.

Toda esta situación ha generado en la uroginecología la necesidad de recurrir a técnicas de anti-incontinencia que no requieran uso de mallas sintéticas.

De ahí que se reflota la idea de los slings pubovaginales (PVS) y la colposuspensión de Burch (BC) como una opción quirúrgica primaria para las pacientes con diagnóstico de IOE.

Por tanto, **el objetivo de este artículo es proporcionar una descripción general de las opciones quirúrgicas más utilizadas y disponibles en la actualidad para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo en la mujer.**

REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA INTERNACIONAL

Se realizó una revisión no sistematizada de las técnicas anti-incontinencia más utilizadas en la actualidad en el mundo como son: el sling pubovaginal (PVS), la colposuspensión de Burch (BC) y los slings de uretra media (MUS).

Los datos fueron obtenidos de la literatura actual que se encuentra en PubMed, Cochrane y las guías de la *European Association of Urology* (EAU) sobre el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria utilizando las siguientes palabras claves: incontinencia urinaria, tratamiento quirúrgico de la IOE, mallas transvaginales, MUS, PVS y BC. Estas palabras se buscaron en inglés y en español.

Cabestrillo pubovaginal o Pubo Vaginal Sling

Después de varios intentos que tuvieron poco alcance, la descripción por Alridge⁽⁷⁾ marcó el inicio del uso generalizado de esta téc-

nica. Los *Pubo Vaginal Sling* (PVS) se han utilizado durante muchos años para tratar la IOE femenina, pero nunca han sido de primera elección. Se usan para tratar la incontinencia de orina de esfuerzo recurrente (IOE-R) luego del fracaso de la colposuspensión de Burch, o después de los MUS.

Sin embargo, sigue habiendo una indicación para el uso del PVS de tejido autólogo, especialmente teniendo en cuenta la publicidad negativa en torno a las complicaciones del material sintético utilizado para la cirugía de reparación del piso pélvico femenino. Este tipo de sling puede usarse en los casos de IOE por deficiencia intrínseca del esfínter, independientemente de si presenta hipermovilidad uretral o no. La operación restaura la continencia a través de un dinámico mecanismo de cabestrillo en la uretra proximal con el objetivo de dar sostén con una cinta o malla de material que puede ser biológico o sintético. Se han descrito muchas técnicas diferentes, utilizando diversos materiales (autólogos, aloinjertos, xenoinjertos y sintéticos). En la actualidad, lo que más se utiliza como material autólogo es la fascia del músculo recto anterior o la fascia lata, creando una hamaca de sostén en el cual pueden descansar el cuello de la vejiga y la uretra.

EL PVS es un cabestrillo de 8 cm de largo y de 2 cm de ancho que se coloca a nivel del cuello de la vejiga. Esto lo diferencia de la generación más reciente de los cabestrillos que se ubican en la uretra media, lo que conduce a una coaptación uretral y una mejor continencia.

Es imperativo realizar de forma rutinaria una uretrocistoscopia después del procedimiento para verificar la integridad vesical y la posible perforación de la vejiga.⁽⁸⁾

Debido a que los PVS generalmente se aplican con mayor firmeza que las alternati-

vas libres de tensión, es aconsejable enseñar a las pacientes antes de la cirugía, la posibilidad de tener que manejar el cateterismo intermitente.

La literatura disponible muestra al PVS autólogo (realizado con fascia de músculo recto abdominal), como un tratamiento eficaz y con un buen efecto sobre la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE).

En un análisis de 23 estudios con 2341 pacientes se encontró una tasa de curación de 46% a 97% con cabestrillos autólogos.⁽⁹⁾

Sin embargo, no hay suficientes datos confiables disponibles para obtener conclusiones sobre la viabilidad de este procedimiento.

En la revisión Cochrane de 2011 siete estudios compararon PVS con Burch.⁽¹⁰⁾ Aunque la evidencia fue en la mayoría de los casos pobre con un breve seguimiento, las tasas de curación fueron comparables para ambas intervenciones.⁽¹⁰⁾

Una revisión sistemática y meta análisis publicada en 2014 basada en 4 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) mostró evidencia de que el PVS tiene una tasa de curación superior en comparación con la BC.⁽¹¹⁾

Por otro lado, cuando se comparó PVS con MUS retropúbico basado en 5 ensayos clínicos aleatorizados (ECA), se observó una curación subjetiva inferior con PVS.⁽¹¹⁾

Según una revisión Cochrane en 2015, los slings tradicionales parecen ser tan efectivas como los slings mínimamente invasivos, pero tienen mayores tasas de efectos adversos, tales como, perforación vesical, infecciones del tracto urinario y disfunciones del vaciado miccional.⁽¹⁰⁾

Sin embargo, Cochrane sugiere que *“esto debe interpretarse con cautela, ya que la calidad de la evidencia para los estudios fue variable, el seguimiento fue breve y las poblaciones*

pequeñas, en particular para identificar las tasas de complicaciones”.⁽¹⁰⁾

En relación a los costos, una breve revisión de estudios económicos, sugirió que los cabestrillos tradicionales son menos costosos en comparación con la inyección periuretral de colágeno, pero, de mayor costo en comparación con los cabestrillos mínimamente invasivos.⁽¹⁰⁾

En este punto también se debe ser cauto ya que los estudios no revisan todas las realidades socioeconómicas. En particular, en Uruguay no se ha realizado una investigación de este tipo.

Por tanto, Cochrane concluye que: *“no existe suficiente información para juzgar si las operaciones tradicionales de cabestrillo son mejores o peores que cualquier otro tratamiento”*.⁽¹⁰⁾

Colposuspensión retropúbica de Burch

La **colposuspensión retropúbica** descrita por Burch en 1961⁽¹²⁾ consiste en una cistopexia con la fascia paravaginal al ligamento de Cooper. Esta técnica es una modificación del procedimiento de colposuspensión de Marshall–Marchetti–Krantz (MMK)⁽¹³⁾ en la que la suspensión se realiza al periostio de la sínfisis del pubis. La fijación al Cooper reduce el riesgo de osteítis del pubis que se observaba con la técnica de MMK.

Ambos procedimientos tienen tasas de curación subjetivas y objetivas relativamente altas.⁽¹⁴⁾ Debido al menor número de complicaciones, la técnica de Burch se ha convertido en la colposuspensión de primera elección y ha hecho que el procedimiento de MMK quedara obsoleto. Por lo tanto, la ICS en 2013 ya no recomienda el MMK para tratar la IOE.⁽¹⁵⁾

La colposuspensión retropúbica es una

modalidad de tratamiento eficaz para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo, especialmente a largo plazo.⁽¹⁴⁾

Una revisión Cochrane de 2016 sobre la colposuspensión retropúbica de Burch abierta, que incluye 55 ensayos clínicos y 5417 pacientes, observó que las tasas de curación fueron del 70% al 90%. Los autores informan una tasa de continencia aproximadamente del 85% al 90% dentro del primer año de tratamiento y de 70% después de 5 años de seguimiento.⁽¹⁶⁾

La colposuspensión retropúbica abierta se asocia con un mayor riesgo de prolapso de órganos pélvicos (POP) en comparación con las operaciones con cabestrillo y la colporrafia anterior, pero con un menor riesgo de disfunción miccional en comparación con la cirugía tradicional con cabestrillo.^(16,17)

La colposuspensión retropúbica cerrada, o por vía laparoscópica, permite una recuperación más rápida en comparación con la colposuspensión abierta, pero aún no se conoce su seguridad relativa y efectividad a largo plazo.⁽¹⁸⁻²¹⁾ Se dispone de información limitada sobre los eventos adversos a largo plazo de la colposuspensión abierta y su efecto sobre la calidad de vida.⁽¹⁶⁾

Según las últimas pautas de la EAU se recomienda la BC (Recomendación Grado A) junto con los PVS como tratamientos, en caso de que los MUS no sean elegibles.⁽²²⁾

Cabestrillos suburetrales o Slings de uretra media (MUS)

El tratamiento de la IOE, cambió radicalmente a partir de 1996 después de la introducción de los MUS sintéticos, técnica significativamente menos invasiva, gracias a los trabajos de Ulmsten y Petros.^(1,2) Estos autores describen el reforzamiento del ligamento

pubouretral mediante el uso de sling de mallas sintéticas con el fin de obtener un sostén sobre la uretra media colocado por vía retropúbica.

En 2001 Delorme describió el sling horizontal colocado por vía transobturatriz.^(23,24)

En 2006 se introducen los cabestrillos de incisión única o mini-slings.

La eficacia, especialmente a largo plazo de estos procedimientos aún esta en valoración.⁽²⁵⁾ Aunque todos ellos procedimientos de cirugía mínimamente invasiva se refinan de manera continua, como por ejemplo, el desarrollo del mini sling de incisión única, el MUS sigue siendo el estándar de referencia para el tratamiento de la IOE no complicada.

En la actualidad la mayoría de los slings sintéticos están compuestos de polipropileno,⁽²⁶⁾ un material que muestra menos erosión que los previamente utilizados, como el polietileno o el politetrafluoroetileno.

Los MUS han sido el tratamiento quirúrgico más investigado para la IOE en mujeres y tienen un buen perfil de seguridad.⁽²⁷⁾

Los estudios que compararon la inserción del MUS por las rutas retropúbica y transobturatriz mostraron una tasa ligeramente más alta de curación objetiva a favor de la ruta retropúbica, pero a costa de mayores riesgos de complicaciones intra-operativas, sobre todo, perforación vesical.^(28,29)

En una revisión Cochrane de 2017, los autores incluyeron 81 ensayos donde analizaron 12.113 mujeres.⁽³⁰⁾ Evaluaron la calidad de la evidencia para los resultados obteniendo una calidad de evidencia moderada según sistema GRADE o *GRADE system (Grades for Recommendation, Assessment, Development and Evaluation)*, por el riesgo de sesgo de los estudios.⁽³⁰⁾

Según esta revisión las rutas recorridas de los MUS (TVT® o TOT), son altamen-

te efectivas a corto y mediano plazo con un impacto positivo en la calidad de vida de las mujeres con IOE.

Sin embargo, la heterogeneidad en las medidas de resultado y la falta de ECA con seguimiento a largo plazo siguen siendo las principales limitantes de la literatura disponible.

En relación a los mini-sling o sling de incisión única, la revisión Cochrane de 2014 concluyó que no hay pruebas suficientes para realizar una comparación confiable entre los mini-sling y los MUS.⁽³¹⁾

DISCUSIÓN

Al comparar los resultados de MUS y PVS, uno debe tener en cuenta, dos consideraciones relevantes a la hora de elegir una de estas opciones quirúrgicas.

Por un lado, se debe considerar que el procedimiento PVS es más invasivo debido a la recolección del material de injerto y conlleva mayor tiempo quirúrgico que las técnicas de cirugía mínimamente invasiva.

Por otro lado, se debe considerar que dentro de las complicaciones de los MUS se encuentran la erosión de la uretra y la extrusión a la vagina de la malla sintética y que con los slings de injertos autólogos, el riesgo de erosión y extrusión son considerablemente menores que con los slings sintéticos. Es imperativo involucrar a la paciente en esta elección quirúrgica, ya que el hecho de que el uso de malla sintética para IOE no haya cambiado, enfatiza la necesidad de informar a las pacientes sobre el riesgo y el beneficio de cada procedimiento con respecto a la malla transvaginal.

Ambas técnicas (PVS y MUS) ofrecen tasas de eficacia y complicación comparables,

por tanto el PVS se puede ofrecer de forma segura a pacientes que, de lo contrario, serían buenas candidatas para MUS si están interesados en la implantación de una malla sintética.⁽³²⁾

Los procedimientos tradicionales de cabestrillo parecen mostrar una tasa de curación similar en comparación con la colposuspensión retropúbica abierta, pero el perfil de eventos adversos a largo plazo aún no está claro. Se carece de evidencia confiable para aclarar si los cabestrillos suburetrales tradicionales (PVS) son mejores o peores que otras opciones de manejo quirúrgico o conservador.⁽³³⁾

En los últimos años ha habido un aumento en los procedimientos PVS realizados, especialmente en los Estados Unidos.⁽³⁴⁾

Esto se debe a que los resultados clínicos no son inferiores comparados con los MUS y la BC, sumado al hecho de que el material autólogo se prefiere por encima del sintético, los PVS ocupan un lugar relevante en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina.⁽³⁵⁾

Los estudios no revelaron una mayor tasa de complicaciones con la colposuspensión abierta en comparación con las otras técnicas quirúrgicas, aunque se observó que el prolapso de órganos pélvicos era más común. Los trastornos miccionales fueron menos comunes después de la colposuspensión abierta en comparación con la cirugía de cabestrillo.⁽¹⁶⁾

Los MUS parecen ser más eficaces y seguros en comparación con la BC abierta, pero su rendimiento a largo plazo es limitado y se debe llevar a cabo un control en plazos breves de posibles eventos adversos.⁽³⁰⁾

La Cochrane en "un breve comentario económico" identificó cinco estudios que sugieren que la cinta vaginal libre de tensión

(TVT®) y la colposuspensión laparoscópica pueden ser más rentables en comparación con la colposuspensión retropúbica abierta.⁽³⁰⁾

Reitero la necesidad de tener precaución en este punto ya que los estudios analizados no necesariamente representan las realidades socioeconómicas de todo el mundo.

En resumen: la BC, el PVS y los MUS son los tratamientos quirúrgicos más empleados y eficaces para mujeres con IOE.⁽³⁶⁾ Según las últimas pautas de la EAU se recomienda el PVS y la BC como tratamiento en caso de que los MUS no sean elegibles.⁽²²⁾

CONCLUSIONES

Últimamente se presta más atención a los inconvenientes de los MUS sintéticos y surgen las técnicas quirúrgicas más antiguas como las BC y los PVS autólogos. Como ya se mencionó, estas técnicas se recomiendan cuando los MUS no son elegibles. Los MUS o la BC laparoscópica podrían ser económicamente más rentables en comparación con la BC abierta.

Por tanto, en mujeres con IOE no complicada se recomienda el uso de MUS sintéticos como la intervención quirúrgica preferida y en mujeres con IOE donde no se puede considerar el uso de MUS, se recomienda el uso de la BC (ya sea abierta o laparoscópica) o el PVS autólogo como cirugía anti-incontinencia urinaria.

Una posible mayor demanda de PVS, o BC en la práctica uroginecológica, requiere un entrenamiento específico en habilidades quirúrgicas de estas técnicas.

Las pacientes deben ser informadas adecuadamente sobre los riesgos y beneficios de cada una de las técnicas anti-incontinencia mencionadas.

Además, las pacientes deben aceptar esta decisión y es imperativo que quede plasmado en un consentimiento informado.

Bibliografía

- 1) Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory and its method for the diagnosis and management of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1993;153:1-93.
- 2) Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty (IVS): an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1995;29(1):75-82.
- 3) Lucas MG, Bedretdinova D, Berghmans LC, et al. Guidelines on Urinary Incontinence, 2015 edition. http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf.
- 4) <https://www.auanet.org/Documents/advocacy/advocacy-by-topic/Joint-Mesh-Statement-NAFC-WHF.pdf>
- 5) <http://www.fda.gov/downloads/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/UCM262760.pdf>.
- 6) <http://www.sfuorg.com/docs/news/AUGS-SUFU-MUS-Position-Statement-APPROVED-1-3-2014.aspx>.
- 7) Alridge AH. Transplantation of fascia for relief of urinary stress incontinence. *Am J Obstet Gynecol*, 1942; 44:398.
- 8) Heesakkers J, Chapple C, Ridder Dd, Farag F. Practical functional urology. Switzerland: Springer International Publishing; 2016. p. 392.
- 9) Alan J, Wein LRK. Campbell-walsh Urology 10th edition. 10th ed. Philadelphia: Elsevier e Health Sciences Division; 2011. p. 4320.
- 10) Rehman H, Bezerra CC, Bruschini H, Cody JD. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;Cd001754.
- 11) Schimpf MO, Rahn DD, Wheeler TL, Patel M, White AB, Orejuela FJ, El-Nashar SA, Margulies RU, Gleason JL, Aschkenazi SO, Mamik MM, Ward RM, Balk EM, Sung VW. Sling surgery for stress urinary incontinence in women: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(71):1-27.
- 12) Burch JC. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, and prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 1961 Feb;81:281-90. PubMed PMID: 13688914.
- 13) Marshall VF, Marchetti AA, Krantz KE. The correction of stress incontinence by simple vesicourethral suspension. *Surg Gynecol Obstet*. 1949 Apr;88(4):509-18. PubMed PMID: 18113320.

- 14) Colombo M, Scalabrino S, Maggioni A, Milani R. Burch colposuspension versus modified Marshall–Marchetti–Krantz urethropexy for primary genuine stress urinary incontinence: a prospective, randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Dec;171(6):1573–9. PubMed PMID: 7802070.
- 15) Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. 5th international consultation on incontinence. 5 ed. 2013 <http://www.icud.info/PDFs/INCONTINENCE%202013.pdf>.
- 16) Lapitan MC, Cody JD. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2: Cd002912.
- 17) Green J, Herschorn S. The contemporary role of Burch colposuspension. *Curr Opin Urol*. 2005 Jul;15(4):250–5. Review. PubMed PMID: 15928514.
- 18) Bechev B, Magunska N, Ivanov S, Kovachev E. Laparoscopic Burch Colposuspension With Paravaginal Repair. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2016;55(3):21–3. Russian. PubMed PMID: 27514139.
- 19) Jenkins TR, Liu CY. Laparoscopic Burch colposuspension. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007 Aug;19(4):314–8. Review. PubMed PMID: 17625411.
- 20) Hill AJ, Jallad K, Walters MD. Laparoscopic Burch Colposuspension Using a 3–Trocar System: Tips and Tricks. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017 Mar–Apr; 24(3):344. doi: 10.1016/j.jmig.2016.08.816. Epub 2016 Aug 20. PubMed PMID: 27553183.
- 21) Reid F, Smith AR. Laparoscopic versus open colposuspension: which one should we choose? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007 Aug;19(4):345–9. Review. PubMed PMID: 17625416.
- 22) Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, et al. EAU–guideline urinary incontinence. <http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/>. Accessed June 14, 2017.
- 23) Delorme E. Transobturator urethral suspension: mini–invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol* 2001;11(6): 1306–13.
- 24) Delorme E, Droupy S, deTayrac R, Delmas V. Transobturator tape (Uratape): a new minimally invasive procedure to treat female urinary incontinence. *Eur Urol* 2004; 45 (2) : 203–207.
- 25) Zhang P, Fan B, Zhang P, Han H, Xu Y, Wang B, et al. Meta–analysis of female stress urinary incontinence treatments with adjustable single–incision mini–slings and transobturator tension–free vaginal tape surgeries. *BMC Urol* 2015;15:64
- 26) De Maria C, Santoro V, Vozzi G. Biomechanical, Topological and Chemical Features That Influence the Implant Success of an Urogynecological Mesh: A Review. *Biomed Res Int*. 2016;2016:1267521.
- 27) Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid–urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015: Cd006375.
- 28) Chevrot A, Droupy S, Coffin G, Soustelle L, Boukaram M, Fatton B, et al. Long–term efficacy and safety of tension free vaginal tape in a historic cohort of 463 women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2017;28:827e33.
- 29) Kristensen I, Eldoma M, Williamson T, Wood S, Mainprize T, Ross S. Complications of the tension–free vaginal tape procedure for stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2010; 21:1353e7.
- 30) Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Aluko P, Ogah JA. Mid–urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD006375. DOI: 10.1002/14651858.CD006375.pub4.
- 31) Nambiar A, Cody JD, Jeffery ST. Single–incision sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014: Cd008709.
- 32) Bayrak Ö, Osborn D, Reynolds WS, Dmochowski RR. Pubovaginal sling materials and their outcomes. *Turk J Urol*. 2014 Dec;40(4):233–9. doi: 10.5152/tud.2014.57778.
- 33) Rehman H, Bezerra CA, Bruschini H, Cody JD, Aluko P. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 7. Art. No.: CD001754. DOI: 10.1002/14651858.CD001754.pub4.
- 34) Rac G, Younger A, Clemens JQ, Kobashi K, Khan A, Nitti V, et al. Stress urinary incontinence surgery trends in academic female pelvic medicine and reconstructive surgery urology practice in the setting of the food and drug administration public health notifications. *Neurourol Urodyn* 2017;36:1155e60.
- 35) Dmochowski RR, Blaivas JG, Gormley A, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence. *J Urol*. 2010;183:1906–1914.
- 36) Medina CA, Costantini E, Petri E, et al. Evaluation and surgery for stress urinary incontinence: a FIGO working group report. *Neurourol Urodyn* 2017;36:518–28.

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**



ANTICONCEPTIVOS
Urufarma



Urufarma

Liquen escleroso: actualización

Lichen Sclerosus: an update

A. Caussade¹

Resumen

El liquen escleroso (LE) de acuerdo a la Sociedad Internacional para el Estudio de la patología vulvo vaginal (ISSVD), es una dermatosis inflamatoria, lo que corresponde a desordenes dermatológicos, que no son neoplásicos ni infecciosos. Es de evolución crónica y progresiva y fundamentalmente afecta a la región anogenital (85–90%), pero también puede afectar otras partes de la superficie corporal; en esos casos se habla de liquen escleroso extragenital, frecuentemente no diagnosticado.(1)

Se trata de uno de los motivos de consulta más frecuentes en ginecología, con un importante subdiagnóstico, fundamentalmente el que afecta en la niñez.

Al inicio de los síntomas, y por la variabilidad de ellos, la paciente puede concurrir al ginecólogo, dermatólogo, urólogo, pediatra y hasta la emergencia, por lo que todos los actores deben reconocer esta patología tan prevalente.

En la evolución, esta patología puede alterar significativamente la calidad de vida de la mujer, ya sea física, mental y emocionalmente.(2) Cuanto antes se diagnostique y se trate adecuadamente, menos progresará a alteraciones anatómicas irreversibles y a la eventual evolución al carcinoma escamoso de vulva.

Palabras clave: liquen escleroso, dermatosis, carcinoma escamoso de vulva.

1 Ginecotocóloga especialista en TGI
Directora Clínica Caussade
ISSVD Fellow & Councillor

Contacto: ariadnacaussade@gmail.com

Recibido: 27/02/19 Aceptado 22/03/19

Abstract

Lichen sclerosus (LE) according to the International Society for the Study of vulvo vaginal disease (ISSVD), is an inflammatory dermatosis,

which corresponds to dermatological disorders, which are not neoplastic or infectious. It has a chronic and progressive evolution and mainly affects the anogenital region (85- 90%), but it can also affect other parts of the body surface and in those cases it is called extragenital lichen sclerosus, often undiagnosed.

This is one of the most frequent reasons for consultation in gynecology with an important sub-diagnosis, basically the one that affects childhood.

At the beginning of symptoms, and the variability of them, the patient can go to the gynecologist, dermatologist, urologist, pediatrician and even the emergency, so all actors must recognize this prevalent pathology.

In evolution, this pathology can significantly alter a woman's quality of life, whether physically, mentally or emotionally.

The sooner it is properly diagnosed and treated, the less it will progress to irreversible anatomical alterations and to the eventual evolution to vulvar squamous carcinoma.

Key Words: Lichen sclerosus, dermatosis, vulvar squamous carcinoma

INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso es una dermatosis inflamatoria crónica, con mayor prevalencia en la mujer y muchas veces, sub diagnosticada.

Si bien, es más frecuente en las edades de hipoestrogenismo, como veremos, se puede manifestar a cualquier edad.

La importancia radica en el diagnóstico precoz, para lograr una mejor calidad de vida, evitando los cambios tróficos y la transformación neoplásica.

EPIDEMIOLOGÍA

Tiene dos picos de edad donde se encuentra la mayor frecuencia de aparición y esos son la niñez y la posmenopausia. La verdadera prevalencia, a causa del bajo diagnóstico, es impredecible. Se habla de frecuencia de 1 en 300 en mujeres adultas y de 1 en 900 para las niñas.⁽³⁾

El LE se observa más frecuentemente en personas de raza caucásica y menos en la raza negra y asiática. Este hecho puede estar relacionado con un mejor acceso al sistema sanitario, pero también podría sugerir una asociación con factores genéticos o autoinmunes.^(4,5)

Por otra parte, la incidencia del LE en mujeres adultas parece estar en aumento. Un estudio de patólogos alemanes encontró un aumento de la incidencia de 7,4 por 100.000 habitantes en el año 1991 a 14,6 en el año 2011.⁽⁶⁾

Es más frecuente en mujeres con respecto a hombres, en una proporción de 5:1.⁽⁷⁾

ETIOPATOGENIA

Si bien no está clara la causa que genera el LE, existen varios factores que se podrían involucrar, pero lo que sí es claro es que se trata de un origen multifactorial.

Genéticos

Numerosos casos de LE en una misma familia han sido descritos, como por ejemplo en gemelos idénticos y no idénticos, en hermanos, y descendiendo en una misma rama familiar femenina, sin embargo, no está claramente establecido el patrón de herencia. Estudios sobre factores genéticos del LE han identificado un importante papel del antígeno leucocitario humano (HLA). El principal complejo de histocompatibilidad (complejo HLA) comprende una familia de genes altamente polimórficos, cuyos productos son expresados en las superficies de células nucleadas. Este complejo determina la susceptibilidad de un individuo para enfermedades inflamatorias por medio de su influencia en la inmunidad celular y humoral. El LE ha sido asociado con antígenos HLA tipo II, particularmente DQ7, DQ8 y DQ9⁽⁸⁾, los cuales son expresados en células inmuno competentes que reconocen partículas extrañas, tales como linfocitos B, macrófagos, monocitos, células de Langerhans y células dendríticas. En el LE se observa, además, un infiltrado inflamatorio con linfocitos T dominantes, a veces asociado a la vasculitis linfocitaria. La inflamación alcanza la membrana basal, lo que sugiere que el antígeno blanco esté en esa región. Más allá de eso, hay evidencias de la existencia de autoanticuerpos de las moléculas de adhesión celular del endotelio, ECAM-1, en el 67% de los pacientes con LE endoteliales y linfocitos T cuando están activados.⁽⁹⁾

Por otra parte, en un estudio de 1052 mujeres se encontró que el 12% tenían historia familiar de LE.⁽⁷⁾

Inflamatorios

Algunas teorías postulan que el estrés oxidativo, como resultado de inflamación crónica, puede llevar al establecimiento de LE y posiblemente, cualquier malignidad asociada.⁽¹⁰⁾

Hormonales

Los dos picos de incidencia del LE vulvar ocurren durante estados de hipoestrogenismo, en la niñez y después de la menopausia lo que hace plantear un claro papel de las hormonas en la patogénesis de la enfermedad. La expresión de receptores de andrógeno en la vulva parece estar disminuida en un subgrupo de mujeres con LE. En un trabajo publicado en 2008 se sugiere que un disturbio en el crecimiento de la piel de la vulva, dependiente de andrógeno, como consecuencia del uso de contraceptivos orales con propiedades anti-androgénicas, tal vez pueda desencadenar el inicio precoz de LE, siempre y cuando se trate de mujeres jóvenes y susceptibles.⁽¹¹⁾ Otros estudios han mostrado menos receptores de andrógeno en la vulva, lo que tal vez explique la ausencia de eficacia del tratamiento con testosterona tópica, y que junto a los efectos colaterales han llevado al desuso de la misma. Por otra parte, algunos estudios realizados en usuarias de métodos anticonceptivos hormonales reflejan una menor incidencia de LE vulvar en las usuarias de anticonceptivos cuya composición únicamente incluye gestágeno.⁽¹²⁾

Sin embargo, ni la aplicación tópica de la progesterona, ni la terapia hormonal sustitutiva ha demostrado eficacia como tratamiento del LE.⁽¹³⁾

Infecciosos

Se ha especulado con la asociación de múltiples agentes infecciosos que podrán estar involucrados en su desarrollo, pero nada se ha comprobado realmente. Entre ellos se han planteado *Borrelia burgdorferi*⁽¹⁴⁾, el HPV,⁽¹⁵⁾ el virus de Epstein Barr, sin llegar a confirmarlo⁽¹⁶⁾, la hepatitis C y varios otros.⁽¹⁷⁾

Traumáticos

El fenómeno de Koebner se define como la reproducción de lesiones típicas de una determinada enfermedad en región de piel sana después, de esta sufrir lesión sobre ella.⁽¹⁸⁾ Se caracteriza por el engrosamiento tisular reactivo a un rozamiento o traumatismo repetido. Se sabe también que ese fenómeno ocurre en el LE. También ha sido observado en el área cicatricial de vulvectomía y Whimster, notó la aparición del LE en un injerto de piel del muslo transferido para la vulva, así como de piel con LE retornando a la apariencia normal después del trasplante para el muslo.⁽¹⁹⁾

Inmunitarios

En un estudio basado en 350 mujeres con LE, se encontró que el 21,5% tenían una o más patologías autoinmunes asociadas, 21% historia familiar de patologías autoinmunes y 42% anticuerpos autoinmunes. Las patologías autoinmunes más frecuentes asociadas al LE, fueron tiroiditis, vitiligo, alopecia areata y anemia perniciosa.⁽⁷⁾

Autoanticuerpos pueden estar presentes en el 74% de las mujeres y el hallazgo de una patología autoinmune asociada al LE es muy común, del 15-34%, y aún más frecuente con familiares en primera línea, de 21-65% y más alto aún si la paciente es una niña.⁽²⁰⁻²³⁾

HISTOLOGÍA

Las lesiones tempranas presentan, una capa córnea con ortoqueratosis compacta, epidermis atrófica con vacuolización de la unión dermo-epidérmica y a veces acantosis. Se asocia con Infiltrado linfoide liquenoide focal o parcheado y edema de la dermis papilar que otorga una palidez característica.

Lesiones ya establecidas, más **crónicas** muestran una capa córnea con ortoqueratosis compacta, epidermis atrófica que puede alternar con áreas hiperplásicas.

Pueden verse imágenes de vacuolización focal y membrana basal fragmentada y la dermis papilar y reticular superficial están homogéneas, con gruesos haces de colágeno y marcada esclerosis.

Las fibras elásticas están destruidas en la dermis superficial y los vasos dilatados, inmersos en la esclerosis se manifiestan clínicamente como telangiectasias tan características y muchas veces nuestra única arma diagnóstica.

El infiltrado linfocitario mezclado con algunos plasmocitos e histiocitos rodea la red vascular superficial, la cual se encuentra descendida por la esclerosis, quedando el infiltrado a nivel de la dermis media.

Las lesiones **evolucionadas** pueden verse con una epidermis atrófica y ausencia de anexos, lo que clínicamente se manifiesta por la pérdida de la anatomía. En esta etapa, se observa también una ausencia de infiltrado inflamatorio y una marcada esclerosis dérmica.

Pueden verse asociados, cambios de liquen simple crónico.⁽²⁴⁾

SINTOMATOLOGÍA

La clínica varía notoriamente entre pacientes, desde estar asintomáticas hasta extre-

madamente molestas, lo que hace difícil por la sintomatología, hablar de su severidad. La mayoría de las pacientes van a referir prurito y/o ardor, que generalmente aumentan por la noche.^(25,26)

El prurito es el síntoma más frecuente, y se ve en las niñas, adultas jóvenes y postmenopáusicas. Cuadro 1.

Otros síntomas frecuentes son disuria, dispareunia y disquecia (dolor con la defecación), pero éste último, sobre todo en las niñas.

En las niñas, pueden generarse los mismos cambios anatómicos y cicatrizales que en la adultez. Si estos cambios, no se detectan a tiempo y se tratan oportunamente, son en su mayoría, irreversibles.⁽²⁷⁾

DIAGNÓSTICO

Separaremos los hallazgos clínicos, según la etapa evolutiva del LE.

Etapas iniciales

Las imágenes más habituales en el LE son las áreas de leucoplasia, frecuentemente bilateral y simétrica. En ocasiones se observan solo placas blancas, en pequeños sectores, pero muy sintomáticas. Foto 1.

En niñas, al inicio del cuadro muchas veces solo se observa una discreta hipocolora-

ción que hace confundir el cuadro con vitiligo. Foto 2 y 3.

Estas lesiones papulares afectan con mayor frecuencia los labios menores y/o labios mayores aunque el área leucoplásica puede extenderse al periné clítoris e inclusive del ano y el pliegue interglúteo. Estas alteraciones cutáneas pueden extenderse también hacia los pliegues genitocrurales o a las nalgas. Foto 4 y 5.

Otro hallazgo en las primeras fases, es la desaparición de las glándulas de Fordyce.^(28,29)

Etapa más avanzada

Las placas blancas se vuelven más quera-tóticas y en ocasiones sobreelevadas. También pueden estar apergaminadas, finas y opacas, llamadas frecuentemente "en papel de fumar". Foto 6.

Se pueden visualizar áreas equimóticas pequeñas o inclusive que llegan a rodear el introito vaginal, producto de la fragilidad capilar ya descrita y que en las niñas muchas veces, son el único signo para poder diagnosticar el LE. Foto 7.

Estas áreas de leucoplasia frecuentemente comprometen las áreas no pilosas, introito, pliegues interlabiales, capuchón de clítoris y periano. Cuando compromete bilateralmente vulva y periano, llega a formar la ima-

Cuadro 1.

Refiere el grado de sintomatología según la edad de la paciente

Sintomatología según la edad de la paciente				
	Prurito y ardor	Disuria	Disquecia	Dispareunia
Niñez y adolescencia	xx	x	xxx	
Adultez	xx	xx	x	xxx
Postmenopausia	xx	xx	x	xx



Foto 1.
Liquen escleroso. Placas de leucoplasia



Foto 2.
Palidez de vulva en forma simétrica. Niña de 6 años



Foto 3.
Hipocoloración focalizada. Niña de 5 años



Foto 4.
Leucoplasia de vulva y pliegues genitocrurales



Foto 5.
Leucoplasia de pliegue interglúteo. Niña de 7 años



Foto 6.
Piel apergaminada, seca, y con falta de elasticidad. 58 años

gen en "8". La evolución lleva a la disminución del tamaño de los labios menores que se hace en forma asimétrica (Foto 8) y frecuentemente se sobreagregan áreas de liquen simple crónico por fenómenos de Koebner, por rascado continuo, muchas veces con gruesas placas de leucoplasia.⁽³⁰⁾ Foto 9. La liquefacción por rascado en ocasiones es tan intensa que por persistencia lleva a la ulceración, al punto de confundirse clínicamente con una patología ampollosa.⁽³¹⁾ Foto 10.

Todas las pacientes con síntomas o signos sospechosos de LE deben ser remitidas a un especialista en patología vulvar para evitar el retraso en el diagnóstico, dado que el tratamiento en fases tempranas puede reducir o prevenir la aparición de cambios anatómicos en la vulva, muchas veces, irreversibles.

Pero frente al diagnóstico, se abren opi-

niones encontradas y una encrucijada frente a la conducta a tomar.

Clínicamente, el aspecto clínico es mandatorio y nos lleva, frente a la experiencia, a diagnosticar, con pocas dudas la presencia del LE. Inclusive, recientemente se ha publicado un trabajo que resalta el peso de la experiencia del médico tratante y sugiere la posibilidad de en muchos casos, no biopsiar y tratar directamente.⁽³²⁾

Por otra parte, manejar una paciente solamente por diagnóstico clínico puede llevar en algunos casos a dudas por parte de otros colegas o incluso, frente a la aparente mejoría clínica, suspender el tratamiento indicado. Pero existen algunos casos que deben biopsiarse:

1. Dudas diagnósticas de las que pueda depender y cambiar el tratamiento.



Foto 7. Sufusiones hemorrágicas purpúricas subepiteliales. 72 años



Foto 8. Desestructura total de la anatomía de la vulva. Ausencia de labios menores y capuchón de clítoris. 65 años



Foto 9. Leucoplasia gruesa de tercio anterior de vulva, con alteración anatómica. ¡Se debe biopsiar! 71 años



Foto 10.

Paciente de 80 años, con historia según relata, de prurito vulvar de 50 años de evolución. Debe biopsiarse para descartar patología patología ampollosa

2. La no respuesta a los tratamientos habituales.
3. La presencia de un área roja, erosiva, congestiva y sangrante, que nos haga sospechar la malignización.
4. Un área de leucoplasia muy sobreelevada
5. Sospecha de VIN diferenciado.

En niñas, se tratará hasta el final de NO biopsiar. Solamente se debe realizar si la clínica nos hace sospechar la malignización, luego de haberla tratado correctamente.

No debemos olvidar la presencia extragenital del LE, con sintomatología pruriginosa y aspecto variable, desde placas pequeñas blancas, nacaradas, hasta cicatrices retráctiles de diferentes entidad. Se ha observado que la presencia del LE extragenital entre un 6 y un 20%.⁽²⁶⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los diagnósticos diferenciales más comunes son los que clínicamente tiene apariencia similar, pero diferente terapéutica y evolución.

Liquen simple crónico

Dermatosis caracterizada por leucoplasia reactiva a irritantes crónicos, por el fenómeno de Koebner. Antes se le llamaba hiperplasia de células escamosas. Frecuentemente se encuentra en sectores más externos, en áreas de rozamiento, y con menos compromiso clitorídeo y de introito.

Vitiligo

Despigmentación cutánea, con muy poco o ningún engrosamiento cutáneo. El pelo tampoco está pigmentado, es blanco y se asocia frecuentemente a liquenificación simple.

VIN diferenciado

Neoplasia vulvar premaligna, no relacionada al HPV. Frecuentemente se presenta con prurito y ardor, en un 50% de los casos. Clínicamente puede presentar áreas leucoplásicas, eritematosas o erosivas, siendo una evolución frecuente del LE.⁽³³⁾

Liquen plano

Patología de piel y mucosas, en algunas ocasiones de aspecto similar, con placas queratósicas, o erosivas de introito y que pueden coexistir.⁽³⁴⁾ Foto 11 y 12.

Son pruriginosas pero se presentan asociadas a placas eritematosas que afectan vulva, vagina y frecuentemente cavidad oral. Tiene un origen autoinmune más claro.

Psoriasis

Puede afectar la vulva y ocasionalmente son la primera zona de afectación. Se presenta como placas de bordes netos, muy descamantes, de afectación cutánea y muy frecuentemente eritematosas.

TRATAMIENTO

La información a las pacientes sobre los diferentes aspectos relacionados con el LE es clave en este tipo de entidades crónicas y evolutivas y sobre todo, la concienciación, para lograr una correcta adhesión al tratamiento. Es fundamental informar a la paciente sobre la cronicidad de la patología que padece, y sus formas fluctuantes con respecto a los síntomas, con períodos de remisión y pe-



Foto 11. Liquen escleroso coexistiendo con liquen plano erosivo.



Fotos 12.

Coexistencia de liquen plano y liquen escleroso. Observar la placa nacarada del borde erosivo, característica del LP

ríodos de recidiva. Se les debe remarcar que deben realizar, de forma periódica, autoexploraciones con la finalidad de detectar de forma precoz cambios o la aparición de nuevas lesiones.⁽³⁵⁾

La mayoría de los tratamientos del LE son en forma tópica.

Corticoides

El tratamiento de primera línea para el LE es el uso de cortico-esteroides tópicos de alta potencia.

Los corticosteroides tópicos activan los circuitos que disminuyen la biosíntesis de prostaglandinas y leucotrienos en la piel, induciendo así una acción antiinflamatoria. Los efectos antiinflamatorios conducen a una inhibición de la formación de edema, a la disminución de la dilatación capilar, la disminución del movimiento de los fagocitos a

la zona, la disminución de los depósitos de fibrina y colágeno, y finalmente a la inhibición de la formación de queloides.^(36,37)

Los ungüentos son efectivos porque aumentan la absorción percutánea de los esteroides tópicos al incrementar la hidratación y temperatura de la piel. Tienen una base grasosa hidrofílica, la que usualmente es parafina blanca que forma una capa oclusiva sobre la piel, previniendo la pérdida de agua y calor.

No hay un consenso claro sobre la forma de utilización de este tratamiento, y es aquí donde la experiencia del médico toma relevancia.

El tratamiento corticoideo tendrá diferentes etapas, una primaria de ataque, una segunda etapa descendente en cuanto al tratamiento y sus cantidades y una final de mantenimiento, hoy de vital importancia: recién

temente se ha confirmado que el tratamiento de mantenimiento tiene un papel preponderante, como forma preventiva en la aparición del cáncer de vulva.^(38,39)

Se inicia el tratamiento, en general, utilizando el propionato de clobetasol al 0,05% o dipropionato de betametasona, ambos en ungüento, en una cantidad como la que puede caber en la yema de un dedo, o mostrarle algo con ese tamaño para que no se confunda y use más cantidad, con los perjuicios que eso conlleva. El preparado a usar será en ungüento, ya que la preparación en crema, al contener parabenos, puede ocasionar irritaciones. Se han descrito menos cuadros de irritación vulvar asociados con los preparados formulados como ungüento o pomada que con la crema.⁽⁴⁰⁾

Se utilizará diariamente al acostarse durante un mes, y se le indicará no usar ropa interior, para que no actúe como "tratamiento oclusivo". Al mes, se reevaluará y si la respuesta es favorable, pasaremos a 3 veces por semana, en días alternos, durante el segundo mes y posteriormente, a 2 veces por semana en el tercer mes.

Si la respuesta es favorable, iremos bajando las dosis hasta ajustarnos a la aplicación semanal, o cada 10 días dependiendo de al paciente y su respuesta clínica.

En la evolución, algunas veces podremos bajar los corticoides para algunos de menor potencia como el valerato de betametasona, o el fuorato de mometasona al 0.1%.

Es importante la reevaluación periódica de estas pacientes hasta determinar la frecuencia de la pauta de mantenimiento.

Una vez que se logra la estabilización, se realizan controles semestrales al inicio y posteriormente anuales para mantener bajo control las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

El prurito, el dolor, las fisuras y la hiperqueratosis, son los primeros cambios que vamos a notar en estas pacientes, ya que mejoran rápidamente con el tratamiento, y eso favorece la adhesión al tratamiento. La palidez y la atrofia pueden mejorar en algunos pacientes, con completa resolución, en algunos signos clínicos. Se recomienda que individuos presentando señales de actividad de la enfermedad, tales como equimosis, hiperqueratosis, fisuras o adherencias, deban ser tratados, aun siendo asintomáticos.

Los efectos adversos del uso de los corticoides tópicos, estarán muchas veces relacionados al mal uso del mismo, ya sea en cantidad como en frecuencia por parte de la paciente.

Los efectos adversos más frecuentes, especialmente en la piel de la vulva por fuera del área de LE son atrofia cutánea, telangiectasias y estrías cutáneas a muy corto plazo (dos semanas), fundamentalmente en área perianal y áreas pilosas de labios mayores. A más largo plazo, los efectos son resacamamiento, descamación, maceración e hipopigmentación, pues interfieren con la síntesis de melanina. Usualmente se regresa a la normalidad después de suspenderlos. Los labios menores y el clítoris son menos susceptibles a los efectos adversos.⁽⁴¹⁾

El inicio del tratamiento en fases iniciales, y sobre todo, dentro de los dos primeros años del diagnóstico, evita la formación de retracciones cutáneas y la distorsión de la anatomía vulvar secundaria.⁽⁴²⁾

Tras un tratamiento inicial, si se abandona el tratamiento, la recurrencia de la sintomatología es frecuente. Ello obliga a establecer pautas de mantenimiento durante largos períodos.^(43,44)

Estudios recientes ponen de manifiesto que las pautas de mantenimiento no solo

controlan los síntomas, sino que reducen el riesgo de progresión a VIN tipo diferenciado y a cáncer escamoso de vulva.⁽³⁸⁾

Como sabemos que el uso de corticoides, es el tratamiento de elección para el LE por el nivel de evidencia disponible, la falta de respuesta, nos debe hacer sospechar diferentes situaciones. Debemos pensar si el tratamiento está siendo bien aplicado, descartar sobreinfecciones, patologías asociadas como atrofia intensa o inclusive alergia a los corticoides, y finalmente y la más importante, la transformación maligna.⁽³⁵⁾ Frente a casos de resistencia entonces, se deberán reevaluar la situación y no dudar en realizar una toma biopsica para actualizar los cambios histológicos.

La eficacia de propionato de clobetasol 0,05% en el tratamiento del LE ha sido demostrada en múltiples estudios.^(36,45-48)

Un ensayo en el que se compara la eficacia de propionato de clobetasol 0,05% frente a la aplicación de testosterona tópica 2%, progesterona tópica 2% o placebo, pone de manifiesto mejora en la sintomatología estadísticamente significativa en el primer grupo con respecto a los otros (mejoría clínica en el 90% de las pacientes tratadas con propionato de clobetasol vs. un 30% en el grupo placebo).⁽⁴⁹⁾

Inhibidores de la calcineurina

Los inhibidores de la calcineurina, como son el tacrolimus y el pimecrolimus, son fármacos con potente acción antiinflamatoria, efecto inmunomodulador local y bajo potencial inmunosupresor sistémico.⁽⁴⁷⁾

Se utiliza como tratamiento de segunda línea y la posología es variable, ya que no existen reglas tan claras como para los corticoides. De las pautas más utilizadas, se ma-

neja la aplicación sobre el área afectada de una capa muy fina de tacrolimus 0,1% (0,03% en niñas) o pimecrolimus 1% en crema dos veces al día durante tres meses, con reevaluación de la paciente después de este período. Se utilizan muchas veces como dosis de mantenimiento, sobre todo en pacientes que no han logrado una muy buena respuesta con corticoides, o si han generado reacción adversa al mismo.

El efecto adverso más conocido del tacrolimus es que puede sensación de quemazón en la zona de aplicación, siendo éste un motivo frecuente de interrupción del tratamiento, por lo que hay que aclararlo ya que en pocos minutos desaparece y con el tiempo de uso ya no se repite esa sensación.

La ventaja de estos fármacos frente a los corticoides tópicos es que no inducen atrofia cutánea.

Aunque la *Food and Drug Administration* (FDA) ha relacionado el tratamiento con los inhibidores de la calcineurina con neoplasias en otras localizaciones, hasta la fecha la relación de este tratamiento con el cáncer de vulva escamoso es desconocida.⁽⁵⁰⁾

Varios ensayos aleatorizados han puesto de manifiesto la eficacia de los inhibidores de la calcineurina en el tratamiento del LE, si bien ésta es inferior al propionato de clobetasol.

La aplicación dos veces al día de pimecrolimus 1% frente a la aplicación diaria de propionato de clobetasol 0,05% demostró similar mejoría clínica, pero menor mejoría histológica.⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾

Propionato de testosterona

El propionato de testosterona es una hormona natural con propiedades anabolizantes y androgénicas.

A nivel cutáneo, incrementa la retención de nitrógeno, de calcio, de sodio, de potasio, de cloruro y de fosfato, lo que implica un incremento de la hidratación intersticial e impide la pérdida de la vascularización cutánea.

La absorción sistémica puede condicionar fenómenos de virilización e hipertrofia de clítoris, por lo que no debe utilizarse en el LE.

Estrógenos locales

Se recomienda el uso de estrógeno tópico en la atrofia vaginal, sobre todo en las pacientes en postmenopausia, mejorando la humedad y favoreciendo la actividad sexual.

Emolientes

Los emolientes (cremas emolientes o aceites) son una preparación farmacéutica para uso externo que crean una barrera protectora y evitan la deshidratación cutánea.

Datos obtenidos de varios estudios prospectivos ponen de manifiesto que las cremas emolientes pueden tener un papel como terapia de mantenimiento.⁽²⁹⁾ Hasta el 70% de las pacientes mantiene la buena respuesta inicial al tratamiento tras una mediana de 58 meses de seguimiento.^(36,7,42)

Medidas de cuidado local

Los irritantes locales, como son los jabones perfumados, el uso de protectores diarios, la ropa interior de material sintético, y aún más, coloreadas, generan, por fenómenos de Koebner, un engrosamiento y queratinización de la piel, que entorpecen el cuadro.

Es muy importante la concienciación de estos pasos complementarios.

Corticoides intralesionales

El uso de corticoides inyectables intralesionales debe ser excepcional, en algún tipo de paciente que tenga una placa leucoplásica que no responda a nada y previamente se haya descartado la malignización.

Se usaría el acetato de tramcinolona diluído en suero salino y siempre con anestesia local previa.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico se utiliza solamente en los casos que la paciente haya sido tratada con las pautas anteriormente referidas, pero la respuesta no sea la esperada.

Pueden ser casos con importantes cambios anatómicos, ya sean por gruesa leucoplasia, adherencias y encapuchonamiento del clítoris, que nos obliguen a dicha corrección para lograr una buena función sexual y una correcta calidad de vida, tratándose muchas veces de mujeres jóvenes.

Se utiliza además, en pacientes que ya han desarrollado una neoplasia vulvar asociada. Pero no se debe olvidar que el terreno de base es el mismo, y si no se lo controla adecuadamente, las modificaciones antes descritas van a reaparecer.

Fototerapia

Hay poca evidencia de efectividad, y lo que se pueden observar son casos aislados. El efecto adverso más marcado es la sensación de quemazón y ardor local.⁽⁵⁵⁾ Se podría utilizar en el tipo extragenital. Fotos 13 y 14.

Retinoides

Los retinoides son derivados de la vitamina A que tienen influencia en los trastornos de la queratinización y en la diferenciación epitelial provocando un adelgazamiento de la epidermis y una compactación del estrato córneo. En la dermis se estimula el depósito de colágeno, aumenta el depósito de glicosaminoglicanos y se incrementa la neovascularización, pero su uso es muy limitado por los numerosos efectos secundarios como toxicidad hepática, sensibilidad al sol y teratogenicidad, entre otros.

Se han utilizado otras terapias alternativas como la vaporización láser, el uso de células madre y el ultrasonido, pero ninguno de estos tratamientos tiene un grado de evidencia científica que lo avale.

Plasma rico en plaquetas

En los últimos tiempos se está investigando en la aplicación de plasma rico en plaquetas como tratamiento en pacientes que no ya no responden a tratamientos corticoideos convencionales. Se ha hecho una revisión de la literatura, ya que son pocos los casos publicados. Si bien la respuesta aparenta ser positiva con mejoría sintomática y clínica en la mayoría de los casos, no existe estandarización del tratamiento, con respecto a dosis, tecnología y técnica utilizada, así como reportes de eficacia a largo plazo.⁽⁵⁶⁾

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

El LE tiene su historia natural propia que lleva a un seguimiento permanente. Sabemos que se trata de una dermatosis, una enfer-



Foto 13.

Placa nacarada, de borde netos, en surco submamario. Liquen escleroso extragenital. Intensamente pruriginoso. Descartar micosis asociada antes de tratar



Foto 14. Secuelas cicatrizales de liquen escleroso extragenital del dorso. LE de larga data. 43 años

medad crónica, con empujes y remisiones. La incidencia de una eventual remisión espontánea es desconocida y en niñas se dice que podría llegar a un 25% en la adolescencia.^(57,58)

Sin embargo, rara vez remite del todo, reapareciendo en la adultez. Debemos recordar que los síntomas más frecuentes como el prurito y el ardor, revierte claramente con el uso de corticoides, pero las cicatrices no. En estudio de cohorte de 2015 se comprobó que un tratamiento precoz y persistente a largo plazo, disminuye la posibilidad de cicatrices en un 36,6% y el desarrollo a carcinoma en un 4,7%, después de un período de observación de 4,7 años.⁽³⁸⁾

RIESGO DE DESARROLLO DE CARCINOMA ESCAMOSO DE VULVA

El riesgo de desarrollar un carcinoma esca-

moso de vulva a lo largo de su vida en una paciente portadora de LE, es mayor que la población general, con cifras entre 4 y 5%. Foto 15. También se confirmó que el tratamiento prolongado, podría prevenir el desarrollo del VIN diferenciado y posteriormente el carcinoma.^(38,7)

No se ha detectado, hasta el momento, el desarrollo del carcinoma de vulva en la población pediátrica, pero sí la aparición de VIN diferenciado en mujeres jóvenes, portadoras de LE.

LIQUEN ESCLEROSO EN SITUACIONES ESPECIALES

Liquen escleroso en la niñez

El LE puede aparecer a cualquier edad, pero en la niñez, si bien su frecuencia publicada ronda el 1 en 900 niñas, la experiencia muestra que seguramente estamos frente a un



Foto 15.
Carcinoma escamoso de vulva en paciente portadora de LE. 75 años

sub diagnóstico. El síntoma primario, el prurito lleva a que la niña sea llevada al pediatra como primera línea de diagnóstico. Los pediatras muchas veces no tienen la formación ni la experiencia necesaria para diagnosticar esta patología, llevando a un retraso diagnóstico. Otro síntomas que le sigue en frecuencia es la disquecia, generada por la esclerosis de la región perianal, generando fisuras, muchas veces profundas y en consecuencia una retención de materias voluntaria, por parte de la niña, generada por el dolor. Este cuadro empeora, a medida que las heces aumentan de tamaño. Muchas veces, es el único síntoma. Foto 16.

La disuria, se genera una vez que las áreas de leucoplasia se acercan al meato uretral. Foto 17.

Otro signo diagnóstico muy orientador es la aparición de sufusiones hemorrágicas purpúreas por fragilidad capilar y rascado,

en forma aislada o asociadas a otras áreas erosivas.⁽²⁷⁾ Fotos 18 y 19.

Es importante un buen interrogatorio a sus padres y a la propia niña, buscando insomnio, inquietud e irritabilidad, a causa de estos síntomas, los que se van a completar con un correcto examen de la vulva.

El diagnóstico en la niña es clínico y solo en casos excepcionales se deberá llegar a la biopsia.

El tratamiento es en base a un correcto cuidado de la vulva, evitando los irritantes locales, el uso de emolientes y el clobetasol en ungüento como *gold standard* de tratamiento. Se comenzarán con dosis de aplicación diaria hasta la desaparición de los signos y síntomas antedichos y se irán bajando las dosis hasta mantener las dosis mínimas que aseguren un buen control de la patología. La cantidad de ungüento a aplicar es importante de señalar y explicar a sus padres.



Foto 16.

LE en niña de 5 años, tratada por incontinencia desde hacía 2 años. Esclerosis anal. Leucoplasia y sufusiones hemorrágicas de tercios anteriores



Foto 17.

Niña de 7 años, tratada por LE, que comienza por disuria al abandonar el tratamiento por unos meses. Obsérvese la leucoplasia y retracción de raíz de labios menores, y sobre la uretra. Mejoró rápidamente al reanudar el tratamiento con clobetasol.



Foto 18.
Leucoplasia intensa, con retracción, afinamiento cutáneo y erosiones profundas. Niña de 11 años



Foto 19.
Misma paciente, en enfoque más cercano que muestra los intensos cambios cutáneo-mucosos



Foto 20.

Vulva de niña de 8 años, portadora de LE y sin tratamiento desde los 4 años, con modificaciones anatómicas irreversibles, a pesar de haber reanudado el tratamiento corticoideo

Si bien se ha dicho que el LE puede remitir en la adultez, lo que se observa en general, es una remisión parcial, generada por la aparición de sus estrógenos propios. Cuando se diagnostica por primera vez una niña, es muy importante tomarse el tiempo para explicar a sus padres y a la propia paciente de la cronicidad de esta patología, tratando de concientizarlos en el control y tratamiento de la misma para evitar cambios irreversibles. Foto 20.

Liquen escleroso y embarazo

Existe muy escasa información sobre LE y embarazo. Algunas series con pocas pacientes sugieren una mejora del LE durante el embarazo,⁽⁵⁹⁾ en comparación con las pacientes fuera del embarazo y sobre todo en la lactancia, cuando el efecto de la mis-

ma, genera aumento de los síntomas en vulva y sequedad vaginal, que empeora el cuadro clínico.⁽¹¹⁾

No se han descrito problemas a nivel fetal con el uso de corticoides tópicos.⁽⁴²⁾

Bibliografía

- 1) Thomas RH, Ridley CM, McGibbon DH, Black MM. Anogenital lichen sclerosus in women. *J R Soc Med* 1996; 89:694.
- 2) Berger MB, Damico NJ, Menees SB, Fenner DE, Haefner HK. Rates of self-reported urinary, gastrointestinal, and pain comorbidities in women with vulvar lichen sclerosus. *J Low Genit TractDis.* 2012;16(3):285-289.
- 3) Powell J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosus: an increasingly common problem. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44:803.
- 4) Cooper SM, Arnold SJ. Vulvar lichen sclerosus. In: Abena O Ofori ed. *Up-To-Date*; 2015. Available from: <http://www.uptodate.com/>.
- 5) McLean AB, Chan M, Ramos K. Why is there a geographic

- variation in lichen sclerosus and vulval cancer? *J Low Genit Tract Dis* 2011;15:S21.
- 6) Bleeker MC, Visser PJ, Overbeek LI, et al. Lichen Sclerosus: Incidence and Risk of Vulvar Squamous Cell Carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2016; 25:1224.
 - 7) Fistarol SK, Itin PH. Diagnosis and treatment of lichen sclerosus: an update. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14(1):27-47.
 - 8) Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K, Srodon M. Prevalence of vulvar lichen sclerosus in a general gynecology practice. *J Reprod Med*. 2005;50(7):477-480.
 - 9) Sahn EE, Bluestein EL, Oliva S. Familial lichen sclerosus et atrophicus in childhood. *Pediatr Dermatol*. 1994;11:160-163.
 - 10) Sander CS, Ali I, Dean D, et al. Oxidative stress implicated in the pathogenesis of lichen sclerosus. *Br J Dermatol* 2004;151:627 y 35.
 - 11) Gunthert AR, Faber M, Knappe G. "Early onset vulvar LS in premenopausal women and oral contraceptives". *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;137: 56-60
 - 12) Higgins CA, Cruickshank ME. A population-based case-control study of aetiological factors associated with vulval lichen sclerosus. *J Obstet Gynaecol*. 2012 Apr;32(3):271-5.
 - 13) Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, Lewis F, Wang SH, Wojnarowska F. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials on topical interventions for genital lichen sclerosus. *J Am Acad Dermatol*. 2012 Aug;67(2):305-12.
 - 14) Eisendle K. Possible role of *Borrelia burgdorferi* sensu lato infection in lichen sclerosus. *Arch Dermatol* 2008;144:591-8
 - 15) Powell J, Strauss S, Gray J, Wojnarowska F. Genital carriage of human papilloma virus (HPV) DNA in prepubertal girls with and without vulval disease. *Pediatr Dermatol* 2003;20:191-4
 - 16) Aidé S, Lattario FR, Almeida G, do Val IC, da Costa Carvalho M. Epstein-Barr virus and human papillomavirus infection in vulvar lichen sclerosus. *J Low Genit Tract Dis* 2010;14:319-22
 - 17) Farrel AM, Millard PR, Schomberg KH, et al. An infective aetiology for lichen sclerosus: Myth or reality. *Br J Dermatol*. 1997;50:25.
 - 18) Do Val I, Sampaio L, Almeida G, Do Val R. Vulva y Vagina. Diagnóstico y tratamiento. *Liquen escleroso*. 1a ed, Montevideo, Bibliomédica, 2015, cap 11, 163-172.
 - 19) Whimster IW. An experimental approach to the problem of spottiness. *Br J Dermatol* 1965; 77:397
 - 20) Kreuter A, Kryvosheyeva Y, Terras S, et al. Association of autoimmune diseases with lichen sclerosus in 532 male and female patients. *Acta Derm Venereol* 2013;93:238-41
 - 21) Cooper SM, Ali I, Baldo M, Wojnarowska F. The association of lichen sclerosus and erosive lichen planus of the vulva with autoimmune disease: a case-control study. *Arch Dermatol* 2008;144:1432-5
 - 22) Harrington CI, Dunsmore IR. An investigation into the incidence of auto-immune disorders in patients with lichen sclerosus and atrophicus. *Br J Dermatol* 1981;104:563-6
 - 23) Powell J, Wojnarowska F, Winsey S, Marren P, Welsh K. Lichen sclerosus premenarche: autoimmunity and immunogenetics. *Br J Dermatol* 2000;142:481-4
 - 24) Rodríguez Alvarez MC, Vulva y vagina. Diagnóstico y tratamiento. Bases anatomopatológicas en la patología vulvo-vaginal. *Liquen escleroso*. 1ª Ed. Montevideo, Bibliomédica, 2015, cap. 19, 305.
 - 25) Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J, Martinezde-Oliveira J. What differentiates symptomatic from asymptomatic women with lichen sclerosus? *Gynecol Obstet Invest* 2015;79:263-8
 - 26) Wallace HJ. Lichen sclerosus et atrophicus. *Trans St Johns Hosp Dermatol Soc* 1971;57:9-30.
 - 27) Caussade A. Vulva y vagina. Diagnóstico y tratamiento. La patología vulvar en las niñas. *Liquen escleroso*. 1ª Ed. Montevideo, Bibliomédica, 2015, cap 20, 329-332
 - 28) Andía D, Puig-Tintoré LM. *Curso de Patología Vulvar*. 2ª ed. Libro de ponencias y casos clínicos. Bilbao. 2013.
 - 29) Guerra A, Rodríguez JL. *Manual y atlas de enfermedades de la vulva*. 2ª ed. Barcelona: Glosa; 2007.
 - 30) Lewis FM. Vulval symptoms after the menopause: not all atrophy! *Post Reprod Heal* 2015;2:146-50.
 - 31) Vieira-Baptista P, Marchitelli C, Haefner HK, Donders G, Perez-Lopez F. Deconstructing the genitourinary syndrome of menopause. *Int Urogynecol J* 2017;28:675-9
 - 32) McCarthy, Siobhan, MB, BCh, BAO; MacEoin, Neil, MB, BCh, BAO; O'Driscoll, Michael, MB, BCh, BAO, O'Connor, Roisin, MB, BCh, BaO, MRCPI; Heffron, Cynthia C.B.B, MD, PhD, FRCPath; Murphy, Michelle, MB, MRCPI. Should We Always Biopsy in Clinically Evident Lichen Sclerosus? *Journal of Lower Genital Tract Disease*: January 25, 2019
 - 33) Reyes MC, Cooper K. An update on vulvar intraepithelial neoplasia: terminology and a practical approach to diagnosis. *J Clin Pathol*. 2014 Apr;67(4):290-4.
 - 34) Day, Tania; Moore, Sarah; Bohl, Tanja Gizela; Comorbid Vulvar Lichen Planus and Lichen Sclerosus *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 21(3):204-208, July 2017.

- 35) Cooper SM, Arnold SJ. Vulvar lichen sclerosis. In: Abena O Ofori ed. Up-To-Date; 2015. Available from: <http://www.uptodate.com>
- 36) Chi CC, Kirtschig G, Baldo M, Brackenbury F, Lewis F, Wojnarowska F. Topical interventions for genital lichen sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD008240.
- 37) AEPCC. Guías clínicas en Dermatosis inflamatorias de la vulva, 2016
- 38) Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosis: A Prospective Cohort Study of 507 Women. *JAMA Dermatol*. 2015 Oct;151(10):1061-7.
- 39) Micheletti M, Preti M, Radici G, Boveri S, Di Pumpo O, Privitera S, Ghiringhello B, Vulvar Lichen Sclerosis and Neoplastic Transformation: A Retrospective Study of 976 Cases. *Journal of Lower Genital Tract Disease • Volume 20, Number 2, April 2016*
- 40) Simonart T, Lahaye M, Simonart JM. Vulvar lichen sclerosis: effect of maintenance treatment with a moisturizer on the course of the disease. *Menopause*. 2008 Jan;15(1):74-7.
- 41) Moyal-Barracco M, Edwards L. Diagnosis and therapy of anogenital lichen planus. *Dermatol Ther*. 2004;17(1):38-46.
- 42) Kirtschig G, Becker K, Gunthert A, Jasaitiene D, Cooper S, Chi CC, et al. Evidence-based (S3) Guideline on anogenital Lichen sclerosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Oct;29(10):e1-43.
- 43) Dalziel KL, Wojnarowska F. Long-term control of vulvar lichen sclerosis after treatment with a potent topical steroid cream. *J Reprod Med*. 1993 Jan;38(1):25-7.
- 44) Renaud-Vilmer C, Cavalier-Balloy B, Porcher R, Dubertret L. Vulvar lichen sclerosis: effect of long-term topical application of a potent steroid on the course of the disease. *Arch Dermatol*. 2004 Jun;140(6):709-12.
- 45) Virgili A, Borghi A, Toni G, Minghetti S, Corazza M. First randomized trial on clobetasol propionate and mometasone furoate in the treatment of vulvar lichen sclerosis: results of efficacy and tolerability. *Br J Dermatol*. 2014 Aug;171(2):388-96.
- 46) Diakomanolis ES, Haidopoulos D, Syndos M, Rodolakis A, Stefanidis K, Chatzipapas J, et al. Vulvar lichen sclerosis in postmenopausal women: a comparative study for treating advanced disease with clobetasol propionate 0.05%. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2002;23(6):519-22.
- 47) Funaro D, Lovett A, Leroux N, Powell J. A double-blind, randomized prospective study evaluating topical clobetasol propionate 0.05% versus topical tacrolimus 0.1% in patients with vulvar lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Jul;71(1):84-91.
- 48) Goldstein AT, Creasey A, Pfau R, Phillips D, Burrows LJ. A double-blind, randomized controlled trial of clobetasol versus pimecrolimus in patients with vulvar lichen sclerosis. *J Am Acad Dermatol*. 2011 Jun;64(6):e99-104.
- 49) Bracco GL, Carli P, Sonni L, Maestrini G, De MA, Taddei GL, et al. Clinical and histologic effects of topical treatments of vulvar lichen sclerosis. A critical evaluation. *J Reprod Med*. 1993 Jan;38(1):37-40.
- 50) Commission on Human Medicines. Topical tacrolimus (protopic) and pimecrolimus (Elidel): reports of malignancies. *Curr Probl Pharmacovigil*. 2006;31:1-2
- 51) Hengge UR, Krause W, Hofmann H, Stadler R, Gross G, Meurer M, et al. Multicentre, phase II trial on the safety and efficacy of topical tacrolimus ointment for the treatment of lichen sclerosis. *Br J Dermatol*. 2006 Nov;155(5):1021-8
- 52) Luesley DM, Downey GP. Topical tacrolimus in the management of lichen sclerosis. *BJOG*. 2006 Jul;113(7):832-4.
- 53) Nissi R, Eriksen H, Risteli J, Niemimaa M. Pimecrolimus cream 1% in the treatment of lichen sclerosis. *Gynecol Obstet Invest*. 2007;63(3):151-4
- 54) Kauppila S, Kotila V, Knuuti E, Vare PO, Vittaniemi P, Nissi R. The effect of topical pimecrolimus on inflammatory infiltrate in vulvar lichen sclerosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Feb;202(2):181-4.
- 55) Prodromidou, Anastasia; Chatziioannou, Eftychia; Daskalakis, Georgios; Photodynamic Therapy for Vulvar Lichen Sclerosis—A Systematic Review. *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 22(1):58-65, January 2018.
- 56) Eshtiaghi, Panteha; Sadownik, Leslie Ann. Fact or Fiction? Adipose-Derived Stem Cells and Platelet-Rich Plasma for the Treatment of Vulvar Lichen Sclerosis *Journal of Lower Genital Tract Disease*. 23(1):65-70, January 2019.
- 57) Powell J, Wojnarowska F. Childhood vulvar lichen sclerosis. The course after puberty. *Reprod Med*. 2002 Sep; 47(9):706-9.
- 58) Smith SD, Fischer G. Childhood onset vulvar lichen sclerosis does not resolve at puberty: a prospective case series. *Pediatr Dermatol*. 2009 Nov-Dec; 26(6):725-9
- 59) Nguyen Y, Bradford J, Fischer G. Lichen sclerosis in pregnancy: A review of 33 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018 Jun 19

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**





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

Transfusión de sangre desplasmatazada durante el embarazo y el puerperio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell

Blood transfusion during pregnancy and the puerperium at the Centro Hospitalario Pereira Rossell

F. Lemos¹, N. Martino², C. Torrado³, P. Lema⁴, G. Del Villar⁴, C. Raffo⁵, B. Boggia⁶, C. Sosa⁷

Resumen

Objetivo. Evaluar las características de la población que recibió transfusión de sangre desplasmatazada (SD) durante el embarazo o el puerperio.

Analizar las indicaciones de la transfusión en estas pacientes (complicaciones hemorrágicas, síndrome funcional anémico, cifras de hemoglobina).

Cuantificar el aumento de hemoglobina según el número de unidades de SD transfundidas.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes cursando embarazo o primeros 10 días de puerperio que recibieron transfusión de SD en la maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre el 2 de noviembre de 2016 y el 1 de noviembre de 2017. En dicho periodo se asistieron 6525 nacimientos, incluyendo 4737 partos vaginales y 1788 cesáreas.

Resultados. El 26% de las transfusiones fue indicado durante el embarazo, mientras que el 74% en los primeros 10 días después del nacimiento. Cincuenta fueron en las primeras 24 horas; y 49 entre 24 horas y 10 días. La causa más frecuente fue la atonía uterina, hubo presencia de síntomas de anemia solo en el 39% de los pacientes transfundidos.

El aumento promedio fue de 2,3 g / dl, y el aumento promedio por unidad de SD transfundida fue de 1,05 g / dl.

Conclusiones. La mayoría de las transfusiones

- 1 Profesor adjunto, Departamento de Medicina Transfusional, Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- 2 Profesor adjunto, Clínica Ginecotológica C, Centro Hospitalario Pereira Rossell
- 3 Asistente, Clínica Ginecotológica C, Centro Hospitalario Pereira Rossell
- 4 Residente, Clínica Ginecotológica C, Centro Hospitalario Pereira Rossell
- 5 Médico hemoterapeuta, Centro Hospitalario Pereira Rossell.
- 6 Jefa de Departamento de Medicina Transfusional, Centro Hospitalario Pereira Rossell
- 7 Profesor agregado, Clínica Ginecotológica C, Centro Hospitalario Pereira Rossell

Correspondencia: nicolasjmartino@gmail.com

Recibido: 20/3/19. Aceptado: 3/4/19

en el contexto de un sangrado agudo ocurren en el puerperio secundarias a atonía uterina, constituyendo la cesárea su principal factor de riesgo. En ausencia de sangrado agudo, la frecuencia de transfusiones es mayor durante el embarazo que en el puerperio, predominando en estos casos las anemias carenciales. Probablemente exista un subregistro de los síntomas de anemia, ya que solamente estuvieron presentes en menos de la mitad de las transfusiones. Alentamos la consulta con hemoterapeuta para decidir una transfusión en casos en que la misma no esté claramente justificada.

Palabras clave: anemia en el embarazo, anemia, transfusión, ferropenia, atonía uterina, hemoglobina.

Abstract

Objective. To evaluate the characteristics of the population that received blood transfusions during pregnancy or puerperium.

To analyze the indications of the transfusion of packed red cells (PRC) in these patients (hemorrhagic complications, anemic functional syndrome, hemoglobin figures).

Quantify the increase in hemoglobin according to the number of BD units transfused.

Methods. A descriptive, retrospective study of

patients undergoing pregnancy or puerperium was conducted up to 10 days after receiving DB transfusion in the largest maternity of Uruguay, in the period between November 2016 and November 2017.

Results. 26% were indicated during pregnancy, while 74% in the first 10 days after birth. 50 were at first 24 hours; and 49 between 24 hours and 10 days. The most frequent cause was uterine atony, there was presence of symptoms of anemia only in 39% of the patients transfused.

The average increase was 2.3 g /dl, and the average increase per unit of DB transfused was 1.05 g / dl.

Conclusions. The majority of transfusions in the context of acute bleeding occur in the puerperium, secondary to uterine atony. The main risk factor is cesarean section. In the absence of acute bleeding, the frequency of transfusions is greater during pregnancy than in the puerperium, with iron deficiency in these cases. There is probably an underreporting of the symptoms of anemia, since they were only present in less than half of the transfusions. We encourage consultation with a hemotherapist to decide a transfusion in cases where it is not clearly justified.

Key words: anemia in pregnancy, anemia, transfusion, iron deficiency, uterine atony, hemoglobin.

INTRODUCCIÓN

La anemia constituye la complicación médica más frecuente del embarazo,⁽¹⁾ alcanzando una elevada prevalencia principalmente en poblaciones más carenciadas, siendo la causa del 40 a 60% de las muertes maternas de países no industrializados.⁽²⁾ Además, se asocia a mayor riesgo de complicaciones perinatales como bajo peso al nacer, prematuridad y muerte fetal y neonatal.⁽³⁻⁶⁾

En todo embarazo se producen cambios fisiológicos que permiten a la gestante adaptarse a la nueva situación.^(4,6) A nivel hematológico, a partir de la sexta semana ocurre un incremento progresivo tanto del volumen plasmático como de la masa eritrocitaria, los cuales se explican por el aumento de la secreción de aldosterona y de la actividad de la eritropoyetina plasmática, respectivamente.^(1,7)

Sin embargo, existe un desequilibrio entre dichos parámetros, ya que mientras el volumen plasmático aumenta un 40%, la masa eritrocitaria lo hace en un 25%.⁽⁸⁾

Como consecuencia, aun cuando la masa eritrocitaria aumenta, paradójicamente se produce una disminución de las cifras de hemoglobina que puede conducir a la aparición de una anemia dilucional.⁽⁹⁾

Por este motivo, en la embarazada se requiere un valor de hemoglobina más bajo que fuera del embarazo para el diagnóstico de anemia.⁽¹⁰⁾ En este sentido, la mayoría de las guías internacionales establece un punto de corte de 11 g/dl para cualquier momento del embarazo, por debajo del cual se establece el diagnóstico.^(11,12)

Frecuentemente, las anemias durante el embarazo se originan en un déficit crónico de nutrientes como hierro o ácido fólico, elementos fundamentales para la producción de glóbulos rojos en número y característi-

cas normales.⁽¹³⁾ Este tipo de anemia es más prevalente en poblaciones de bajos recursos económicos, adolescentes, multíparas o con corto período intergenésico.^(5,14)

Los requerimientos de hierro aumentan paulatinamente, desde 0,8 mg/día en el primer trimestre, hasta un máximo de 6,3 mg/día hacia el final del tercero, totalizando aproximadamente 1000 mg durante todo el embarazo. Parte de estos requerimientos extra puede ser satisfecho por los depósitos de hierro y por un incremento adaptativo en el porcentaje de hierro absorbido, pero pese a estos mecanismos, en muchas ocasiones se instala una ferropenia y es necesario un aporte exógeno de hierro.⁽¹⁵⁾

Se conocen tres estadios de ferropenia:

1. Depleción de hierro: se observa una disminución en la concentración de ferritina, pero los valores de hierro sérico (sideremia), volumen corpuscular medio (VCM) y hemoglobina (Hb) permanecen normales.
2. Eritropoyesis deficiente: se caracteriza por una disminución en los valores de ferritina, sideremia y saturación de transferrina, pero con Hb y VCM normales.
3. Anemia por deficiencia de hierro: donde además de lo anterior existe descenso de la Hb y hematocrito, con microcitosis e hipocromía.⁽¹⁶⁾

Durante un parto o una cesárea sin complicaciones ocurren pérdidas sanguíneas de hasta 600 y 1000 mililitros respectivamente,^(9,12) las cuales en general son bien toleradas pero en algunas ocasiones pueden desencadenar una anemia aguda o descompensar una anemia previa.^(2,17)

Por último, la importante prevalencia de complicaciones hemorrágicas durante embarazo, parto y puerperio, elevan la frecuencia de anemia aguda y por lo tanto la necesi-

Esquema 1.

Principales complicaciones hemorrágicas durante embarazo y puerperio

Embarazo 1ª Mitad	Embarazo 2ª Mitad	Puerperio
Aborto	Desprendimiento placentario	Atonía uterina
Embarazo ectópico	Placenta previa - acretismo	Retención placentaria
Enfermedad trofoblástica gestacional	Rotura uterina	Desgarro canal de parto
		Inversión uterina

dad de transfusión de SD y otros hemocomponentes.^(2,5,18) (Esquema 1).

Si bien se han diseñado diferentes estrategias para establecer el origen de la anemia en forma práctica y sencilla en pacientes gestantes,⁽³⁾ lamentablemente son pocas las veces en que éste se determina con exactitud.^(3,16) Ello puede explicarse por la alta probabilidad de solapamiento de los causantes de anemia antes mencionados.⁽¹¹⁾

El principal objetivo de la transfusión de SD durante la gestación y el puerperio consiste en mejorar el transporte sistémico de oxígeno.⁽¹⁸⁾ En ocasiones además, resulta muy útil como tratamiento sustitutivo de la masa eritrocitaria en vistas al nacimiento, o ante la presencia de complicaciones que potencialmente pueden desencadenar un sangrado importante.^(18,19)

OBJETIVOS

- Conocer las características de la población que recibió transfusiones de sangre durante el embarazo o puerperio.
- Analizar las indicaciones de la transfusión de SD en estas pacientes (complicaciones hemorrágicas, síndrome funcional anémico, cifras de hemoglobina).

- Cuantificar el aumento de las cifras de hemoglobina en función del número de unidades de SD transfundidas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes cursando embarazo o puerperio hasta los 10 días que recibieron transfusión de SD en la maternidad del CHPR, en el período comprendido entre 2 de noviembre de 2016 y 1 de noviembre de 2017. En ese período se asistieron 6525 nacimientos: 4737 partos vaginales y 1788 cesáreas. Además, fueron intervenidas quirúrgicamente 90 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico y 402 pacientes con diagnóstico de aborto.

Se registraron datos patronímicos, paridad, complicaciones hemorrágicas del embarazo o puerperio actual, presencia o no de síndrome funcional anémico (dado por al menos uno de los siguientes síntomas o signos: acufenos, fosfenos, mareos, vértigos, lipotimias, disnea, taquicardia, palpitaciones, angor, claudicación intermitente), valores de hemoglobina pre y post transfusión y número de unidades de SD transfundidas.

En aquellas pacientes que no presentaron complicaciones hemorrágicas se registraron los índices hematimétricos (volumen corpuscular medio y hemoglobina corpuscular media) para orientarnos al posible tipo de anemia.

Los datos se recolectaron del sistema informático del Departamento de Medicina Transfusional (sistema informático SISSAN), del Sistema informático Intralab, del Sistema Informático perinatal (SIP), de los Registros Médicos del Hospital de la Mujer y de las respectivas historias clínicas.

Se realizó un análisis bivariado para varia-

bles categóricas mediante el análisis de chi cuadrado.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluyeron 133 pacientes que recibieron transfusión de al menos 1 volumen de SD durante el embarazo y/o el puerperio, lo que traduce una frecuencia global de transfusión de 2,04% (133/6525).

Las edades estuvieron comprendidas entre los 13 y los 46 años, con un promedio de 23 años; 41 pacientes (30,8%) eran menores de 20 años, 85 (63,9%) tenían entre 20 y 35 años y 7 (5,2%) eran mayores de 35 años.

Cincuenta y nueve pacientes (44,3%) se encontraban cursando su primera gestación mientras que 74 (55,7%) tenían al menos un parto previo (vaginal o cesárea).

En las 99 pacientes que fueron transfundidas durante el puerperio, la vía de nacimiento fue por parto vaginal en 56 casos y por operación cesárea en 43. (Tabla 1).

RESULTADOS

En este período se transfundieron 276 unidades de SD, con un promedio de 2,07 unidades por paciente (mínimo 1 unidad, máximo 9 unidades de SD).

De acuerdo al momento de la transfu-

sión, el 26% (34 pacientes) se indicaron durante el embarazo, en tanto que el 74% (99 pacientes) en los primeros 10 días posteriores al nacimiento. De estas últimas, 50 cursaban el puerperio inmediato (primeras 24 horas); y 49 el puerperio mediato (24 horas - 10 días). (Tabla 2).

Tabla 2.

Momento de la transfusión de SD

EMBARAZO	PUERPERIO INMEDIATO (≤ 24 hs)	PUERPERIO MEDIATO (24 hs a 10 días)
34 pacientes (26%)	50 pacientes (37,4%)	49 pacientes (36,6%)

De las 34 transfusiones durante el embarazo, 11 se llevaron a cabo en las primeras 20 semanas, encontrándose una complicación hemorrágica en 9 de ellas (5 abortos y 4 embarazos ectópicos). En la segunda mitad del embarazo se registraron 23 transfusiones, de las cuales 18 fueron en ausencia de complicación hemorrágica y 5 en el contexto de una placenta previa.

En el puerperio inmediato, el 32% de las transfusiones (16 pacientes) se realizaron en ausencia de complicaciones hemorrágicas. En el 68% restante (34 pacientes) se registró al menos una complicación, dentro de las cuales la más frecuente fue la atonía ute-

Tabla 1.

Características de la población y frecuencia transfusional

		<i>Pacientes transfundidas</i>	<i>Total pacientes</i>	<i>Frecuencia transfusión</i>	<i>p-value</i>
Paridad	Primigesta	59	2727	2,2%	0.544
	1 o más gestaciones	74	3798	1,9%	
Vía de Finalización (sólo para transfusiones en puerperio)	Parto	56	4737	1,2%	0.002
	Cesárea	43	1788	2,4%	
Edad Materna	Menor a 20 años	41	1592	2,6%	0.08
	20 a 35 años	85	4319	2,0%	
	Mayor a 35 años	7	614	1,1%	

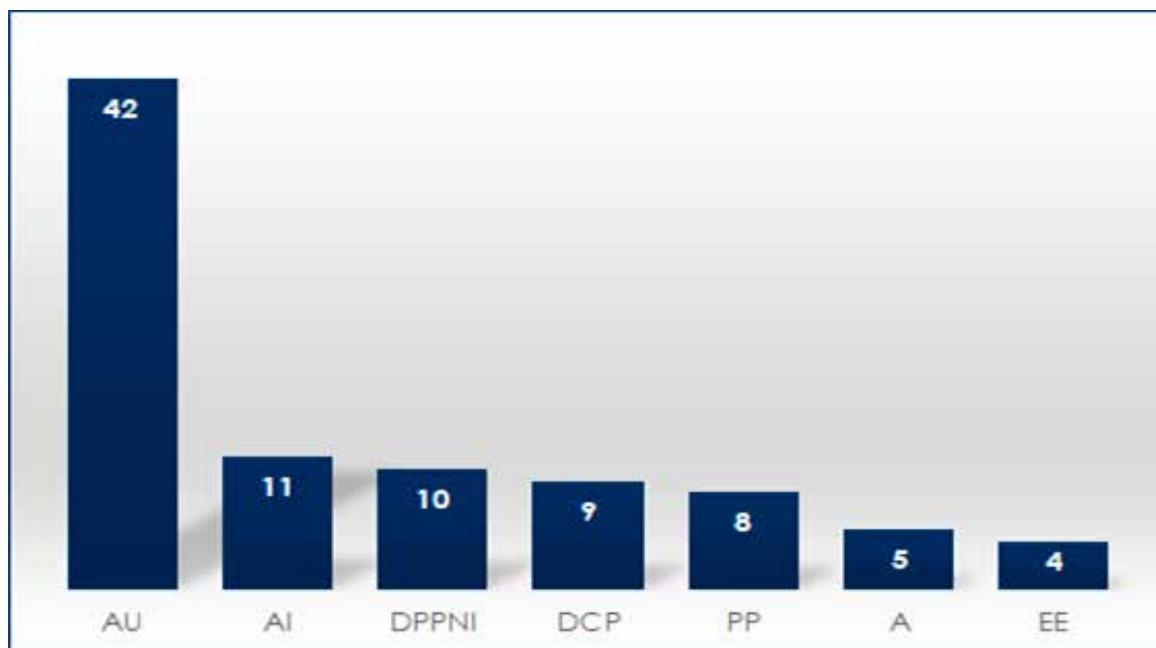
Tabla 3.

Transfusión de SD y complicaciones hemorrágicas de la gestación

		EMBARAZO		PUERPERIO		TOTAL
		≤20 semanas	≥20 semanas	≤ 24 h.	24 h. a 10 días	
Número de actos transfusionales		11	23	50	49	133
Complicación hemorrágica	SI	9 (82%)	5 (22%)	34 (68%)	26 (53%)	74 (56%)
	NO	2 (18 %)	18 (78%)	16 (32%)	23 (47%)	59 (44%)

Figura 1.

Frecuencia absoluta de las complicaciones hemorrágicas en las pacientes transfundidas. Atonía Uterina (AU), Alumbramiento Incompleto (AI), Desprendimiento de placenta normoinsera (DPPNI), Desgarro del canal del Parto (DCP), Placenta Previa (PP), Aborto (A), Embarazo Ectópico (EE)



rina con 25 casos, seguida por desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, alumbramiento incompleto, placenta previa y desgarros del canal de parto con 8, 7, 3 y 2 casos, respectivamente. (Tabla 3).

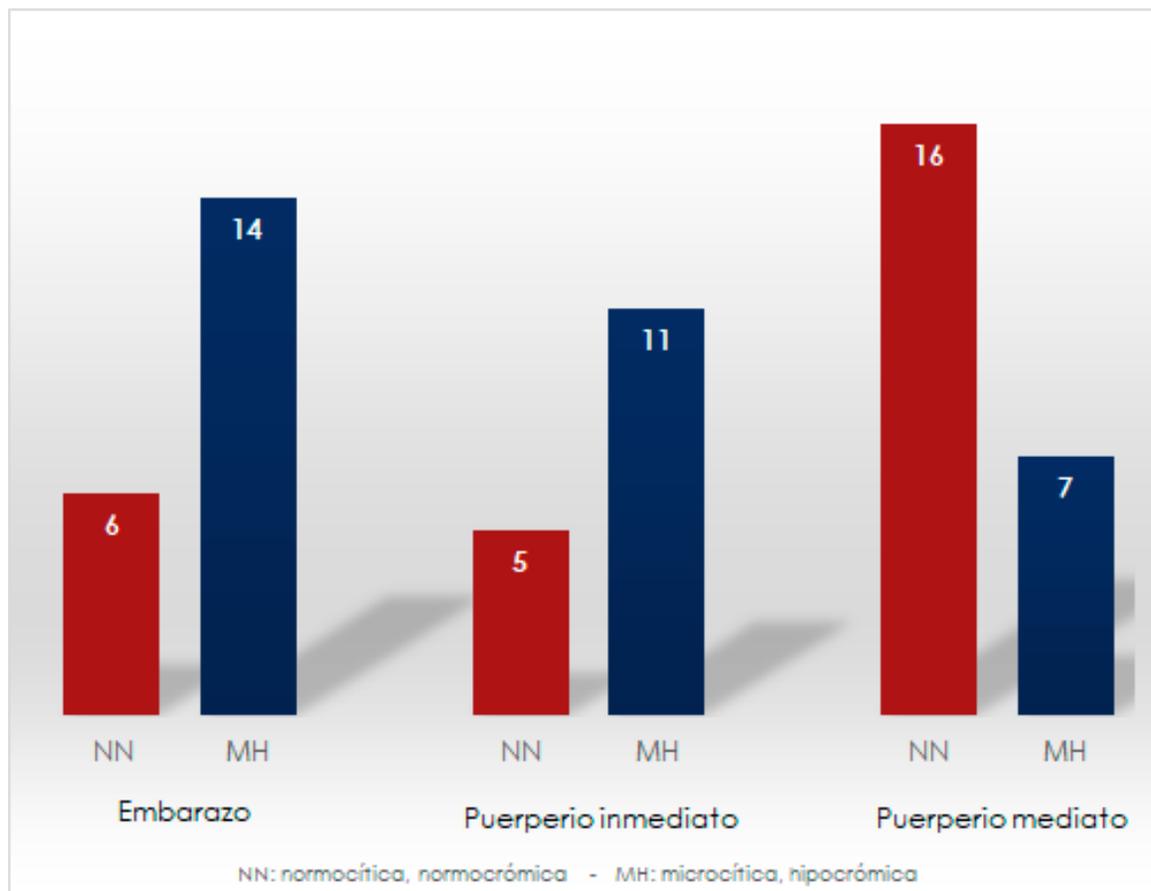
De las 49 pacientes transfundidas en el puerperio mediato, en 23 de ellas (47%) no se registraron complicaciones hemorrágicas. En las 26 pacientes restantes (53%), aparecieron complicaciones. Nuevamente la atonía uterina fue la más frecuente con 17 casos, y los desgarros del canal de parto, el alumbramiento incompleto y el desprendi-

miento prematuro de placenta fueron responsables de 7, 4 y 2 casos, respectivamente.

Globalmente, 74 de las 133 pacientes (56%) tuvieron al menos una complicación hemorrágica que motivó la transfusión, con la siguiente frecuencia absoluta: atonía uterina 42, alumbramiento incompleto 11, desprendimiento prematuro de placenta normoinsera 10, desgarros del canal de parto 9, placenta previa 8, aborto 5 y embarazo ectópico 4 casos.

En las 59 pacientes restantes (44%), no

Figura 2.
Tipificación de la anemia en pacientes transfundidas sin complicación hemorrágica



presentaron complicaciones hemorrágicas. En este grupo, la frecuencia global de anemia normocítica–normocrómica (NN) y microcítica–hipocrómica (MH) es similar (27 y 32 casos respectivamente), pero la proporción varía según el momento de la transfusión. Durante el embarazo predomina la anemia MH (14 MH vs. 6 NN) al igual que en el puerperio inmediato (11 MH vs. 5 NN). Por el contrario, en el puerperio mediato es más frecuente la anemia NN (16 NN vs. 7 MH).

Se analizó la asociación entre transfusión con tres de sus clásicos factores de riesgo: edad, paridad y vía de finalización.

La frecuencia de transfusión de SD durante el puerperio fue de 2,4% luego de una

cesárea frente a un 1,2% luego de un parto vaginal, diferencia que fue significativa ($p < 0,002$).

Tanto en paridad como en franja etaria no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, si bien se objetiva una tendencia a mayor riesgo de transfusión en primigestas y a edades más tempranas.

En cuanto a la presencia de síndrome funcional anémico en la indicación de la transfusión, se registraron signos y/o síntomas en la historia clínica en 52 de las 133 pacientes, lo que constituye un 39% del total.

El análisis de los valores de las cifras de hemoglobina pre-transfusión muestra un promedio de 7,4 g/dl, con un mínimo de 4,2

y un máximo de 12,5; en tanto que el valor promedio de hemoglobina post-transfusión se situó en 9,7 (mínimo 7, máximo 14,2 g/dl).

Por lo tanto, el aumento medio fue de 2,3 g/dl, y el aumento promedio por unidad de SD transfundida fue de 1,05 g/dl. Este aumento en la hemoglobina difiere en las pacientes con y sin complicación hemorrágica, con aumentos de 0,96 y 1,18 g/dl por unidad de SD transfundida, respectivamente.

CONCLUSIONES

La frecuencia de las transfusiones de SD es 3 veces mayor durante el puerperio que durante el embarazo, siendo el puerperio inmediato el período de mayor riesgo.

Dentro de los factores de riesgo para transfusión analizados, el nacimiento por cesárea se perfila como el principal, duplicando el riesgo frente al nacimiento por parto vaginal.

En la mayoría de los casos la transfusión de SD fue realizada en el contexto de una complicación hemorrágica, dentro de las cuales la atonía uterina se presenta como la causa más frecuente, siendo la responsable del 57% del total de estas transfusiones (42/74) y del 70% de las administradas durante el puerperio (42/60).

Las transfusiones de SD en ausencia de sangrado agudo se observan mayormente durante el embarazo (59% del total), porcentaje sensiblemente mayor del que puede verse en el puerperio (39%).

Si bien no contamos con datos sobre el metabolismo del hierro, considerando las características de la población estudiada, pensamos que la microcitosis e hipocromía observadas en la mayoría de las transfusiones en ausencia de complicaciones hemorrágicas durante embarazo y puerperio inme-

diato obedecen a ferropenia. Basamos esta afirmación en el hecho de que la ferropenia está presente en el 75 a 90% de las anemias durante el embarazo y en que su prevalencia en ausencia de anemia es incluso 2 a 2,5 veces mayor. Por otra parte, las talasemias (principal diagnóstico diferencial), presentan una muy baja prevalencia.⁽²⁰⁾ En estos casos, lo que desencadenaría la transfusión en las primeras horas del puerperio es la pérdida hemática habitual del nacimiento.

Por otro lado, la mayor proporción de anemia normocítica-normocrómica en las transfusiones administradas durante el puerperio inmediato pensamos que obedece a la presencia de sangrado de mayor entidad a la habitual en pacientes sin anemia previa.

Llama la atención la presencia de elementos de síndrome funcional anémico solo en el 39% de las pacientes transfundidas, lo que pensamos pueda deberse a un subregistro en la historia clínica, destacando que en este punto no existen diferencias significativas entre el embarazo y el puerperio. Acorde a la literatura internacional,⁽²¹⁾ el aumento de las cifras de hemoglobina por unidad de SD transfundido fue mayor en ausencia de complicación hemorrágica activa.

Es importante recordar que, en la actualidad, la indicación transfusional está mayormente determinada por la presencia de síntomas más que por las cifras de hemoglobina. En casos de dudas alentamos a los profesionales a realizar la consulta con el médico hemoterapeuta.

Bibliografía

1. Medina Garrido C, León J, Román Vidal A Maternal anaemia after delivery: prevalence and risk factors. *J ObstetGynaecol*. 2018 Jan;38(1):55-59. doi: 10.1080/01443615.2017.1328669. Epub 2017 Aug 6.

2. Driessen M, Bouvier-Colle MH, Dupont C, Khoshnood B, Rudigoz RC, Deneux-Tharaux C. Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity. *Obstet Gynecol.* 2011;117:21-31.
3. José Ramón Urdaneta Machado, Phd1, Marielis Lozada Reyes2, Maritza Cepeda De Villalobos, Phd3, José García I, Phd2,3, Noren Villalobos I, Phd2,4, Alfi Contreras Benítez 5, Ana G. Ruíz, Phd1, Olga Briceño Polacre, Phd, Anemia Materna Y Peso Al Nacer En Productos De Embarazos A Término.,1 *Rev Chil Obstet Ginecol* 2015; 80(4): 297 – 305
4. Ren A, Wang J, Ye RW, Li S, Liu JM, Li Z. Low first-trimester hemoglobin and low birth weight, preterm birth and small for gest women *Birth.* 2018 Jun;31(3):158-165. doi: 10.1016/j.wombi.2017.09.020. Epub 2017 Oct 26
5. Wagner KS1, Ronsmans C, Thomas SL, Calvert C, Adler A, Ganaba R, Goufodji S, Filippi V. Women who experience obstetric haemorrhage are at higher risk of anaemia, in both rich and poor countries. *Trop Med Int Health.* 2012 Jan;17(1):9-22. doi: 10.1111/j.1365-3156.2011.02883.x. Epub 2011 Sep 29.
6. Xavier Urquizoi Brichs., Mónica Rodríguez Carballeira, Antonio García Fernández, Emilio Pérez Picañol. Anaemia in pregnancy and in the immediate postpartum period. Prevalence and risk factors in pregnancy and childbirth. Volume 146, Issue 10, 20 May 2016, Pages 429-435
7. Rosas-Montalvo M1, Ortiz-zaragoza Mc2, Dávila-mendoza R2, González-pedraza-avilés A. Prevalencia Y Factores Predisponentes De Anemia En El Embarazo En Una Clínica De Primer Nivel. *Rev Hematol Mex.* 2016 Abr;17(2):107-113.
8. American Association Of Blood Banks Blood Transfusion Therapy. *A Physician's Handbook* 12° Edition United States Of America 2017.
9. Daru J1, Zamora J2, Fernández-Félix BM3, Vogel J4, Oladapo OT4, Morisaki N5, Tunçalp Ö4, Torloni MR6, Mittal S7, Jayaratne K8, Lumbiganon P9, Togoobaatar G10, Thangaratnam S11, Khan KS11. Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. *Lancet Glob Health.* 2018 May;6(5):e548-e554. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30078-0. Epub 2018 Mar 20.
10. Ferenc Bánhidyi Ph.D.a, Nándor Ács Ph.D.a, Erzsébet. H. Puhó Ph.D.b, Andrew E. Czeizel Ph.D., Doct. Sci. Iron deficiency anemia: Pregnancy outcomes with or without iron. Volume 27, Issue 1, January 2011, Pages 65-72.
11. Dharmalingam A, Navaneetham K, Krishnakumar Cs. Nutritional Status Of Mothers And Low Birth Weight In India. *Matern Child Health J.* 2010;14:290-8.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Anemia in pregnancy. *ACOG practice bulletin No. 95. Obstet Gynaecol.* 2008;112:201-7.
13. Peña-Rosas JP1, De-Regil LM, Gomez Malave H, Flores-Urrutia MC, Dowswell T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 19;(10):CD009997. doi:10.1002/14651858.CD009997.
14. Chowdhury HA1, Ahmed KR2, Jebunessa F3, Akter J4, Hossain S5, Shahjahan M6. Factors associated with maternal anaemia among pregnant women in Dhaka city. *BMC Womens Health.* 2015 Sep 22;15:77. doi: 10.1186/s12905-015-0234-x.
15. Osungbade K, Oladunjoye A. Preventive Treatments of Iron Deficiency Anaemia in Pregnancy: A Review of Their Effectiveness and Implications for Health System Strengthening. *Journal of Pregnancy* 2012, 1-7.
16. Pavord s, Myers B, Robinson S, Allard S, Strong J, Oppenheimer C. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology* (2012), 156, 588-600.
17. Renate L. Bergmann Rolf Richter Karl E. Bergmann Joachim W. Dudenhausen. Prevalence and risk factors for early postpartum anemia. Volume 150, Issue 2, June 2010, Pages 126-131.
18. A.J. Butwick, P. Aleshi, M. Fontaine, E.T. Riley L.T. Goodnough. Retrospective analysis of transfusion outcomes in pregnant patients at a tertiary obstetric center. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2009;18: 302-308
19. Benjamin Stephens, Farah Sethna and Philip Crispin. Postpartum obstetric red cell transfusion practice: A retrospective study in a tertiary obstetric centre. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists* 2017; 1-8
20. Reveiz L1, Gyte GM, Cuervo LG, Casasbuenas A. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Oct 5;(10):CD003094. doi: 10.1002/14651858.CD003094.pub3.
21. Jeffrey McCullough. *Transfusion Medicine. Clinical uses of blood Components. Hemoglobin concentration.* Fourth Edition 2017. Chapter 11; 242-303.

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

0800 8133
FonoMujer

www.urufarma.com.uy

Calidad
al alcance
de todos


Urufarma

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 impresas además de un disquete o CD conteniendo toda la información.

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

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

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

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Los trabajos deben presentarse de acuerdo a las siguientes normas:

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

Página del título. Debe incluir:

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

Resúmenes y palabras clave:

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

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

Texto.

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

Introducción.

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

Revisión de la literatura.

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

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

Material y método.

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

Normas éticas.

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

Estadística.

Describir los métodos estadísticos con suficiente detalle como para permitir al lector preparado, el acceso a los datos originales que 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 Ginecotológica 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. Identificam-se os métodos, aparelhos (nome e endereço do fabricante entre parênteses) e procedimentos em forma detalhada, permitindo a reprodução dos resultados. Darão-se referências sob métodos estabelecidos, incluindo ainda, neste caso, uma breve descrição. Descreverão-se os métodos novos

ou modificados substancialmente, explicando as razões do seu uso e avaliando suas limitações. Os processos químicos e fármacos utilizados mencionam-se por princípio ativo, incluindo 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 indicará 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 apresentá-las com os indicadores apropriados de medição de erro ou de dúvidas (como os intervalos de confiança). Deve-se evitar o confiar exclusivamente de comprovações de hipóteses estadísticas, como o uso de valores de p, que não permitem transmitir uma informação quantitativa importante. Deve-se discutir a elegibilidade dos sujeitos de experimentação. Devem-se dar detalhes sob a aleatorização. Descrever-se-ão os métodos, e o êxito de qualquer tipo de técnica para ver a cegas. Informar sob complicações de tratamento. Definir o número de observações. Citar os casos perdidos da observação (como os abandonos em um ensaio clínico). As referências para o desenho do estudo e os métodos estadísticos deverão-se remitir, quando seja possível, a trabalhos padrão (com páginas consignadas), em lugar de remitir aos trabalhos onde os desenhos ou métodos foram originalmente publicados. Especificar qualquer programa de computador de uso geral utilizado.

Resultados.

É o informe 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