

AGO.uy

# ARCHIVOS de GINECOLOGÍA y OBSTETRICIA

Publicación oficial de la Sociedad Ginecitológica del Uruguay

ISSN 0797-0803



2019

Volumen 57

Número 2

Páginas 73-142

Simple y natural



# miranda

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



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

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

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

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

# ARCHIVOS DE Ginecología y Obstetricia

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY

2019; Volumen 57, Número 2: 73-142 • ISSN 0797-0803

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

## COMISIÓN DIRECTIVA DE LA SGU

<b>Presidente:</b>	Dr. Gerardo Vitureira Liard
<b>Past-president:</b>	Dra. Nancy Murillo
<b>1<sup>er</sup>. Vicepresidente:</b>	Dr. Claudio Sosa
<b>2<sup>do</sup>. Vicepresidente:</b>	Dra. Ana Saldías
<b>Secretaria:</b>	Dra. Natalia Pérez Pérez
<b>Prosecretario:</b>	Dr. Arturo Achard
<b>Tesorero:</b>	Dr. José C. Fagnoni Bollo
<b>Pro-Tesorero:</b>	Dra. Beatriz Vidarte
<b>Biblioteca y Publicaciones:</b>	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, Dra. Estefany Díaz

## 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](mailto: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

<b>Editorial</b>	79
<b>Enfermedad de Paget vulvar: a propósito de un caso</b>	<b>81</b>
Maite Solari, Federico Fleitas, Benedicta Caserta, Santiago Scasso	
<b>Complicaciones de la vía biliar en el periodo grávido-puerperal</b>	<b>95</b>
Lucía Diz, Leonardo Paller, Cecilia Larrocca, Washington Lauría, Grazzia Rey	
<b>Cirugía laparoscópica en el manejo de la agenesis vaginal</b>	<b>107</b>
Arturo Achard Algorta, Washington Lauría, Ximena Ribas, Matilde Di Lorenzo, Ricardo Morisio, Tatiana Vietinghoff-Scheel, María Benardelli, Cecilia Cuadrado	
<b>Prevalencia y resistencia microbiana en las infecciones urinarias de la mujer en el climaterio</b>	<b>117</b>
Valentina Acevedo, Edgardo Castillo Pino	
<b>Efecto de la analgesia epidural sobre la forma de finalización del embarazo y los resultados neonatales: estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital de Clínicas entre 2014-2017</b>	<b>129</b>
Florencia Feldman, Stefany Viroga, Gerardo Vitureira	
<b>Normas de Publicación. Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)</b>	<b>137</b>
Órgano de la SGU	

# ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR

## damsel®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.03 mg

La presentación  
que justifica el cambio



## damsella®

Drospirenona 3 mg • Etinilestradiol 0.02 mg

A su medida:  
**Natural y Personal**



Gador   
Al Cuidado de la Vida

## EDITORIAL

Estimados lectores:

Luego de gran esfuerzo y trabajo publicamos el segundo número, del volumen 57, de la revista de Ginecología y Obstetricia del Uruguay: AGO.

Agradecemos primero la incorporación al equipo editorial de la Dra. Estefany Díaz, y quiero también recordarles que nuestra revista publica reportes de casos, trabajos de investigación y revisión de temas de interés actual desde la perspectiva del país, con visión regional, integradora y globalizadora.

Sabemos que la exigencia laboral de cada día condiciona el tiempo que podemos dedicar a escribir los artículos para nuestra revista, pero es de suma importancia colaborar con nuestra sociedad científica para enriquecernos como comunidad: por ello estamos día a día mejorando nuestro sitio web **AGO.uy**. Hemos facilitado el envío de artículos y la **accesibilidad a la revista para ser consultada en cualquier momento desde cualquier medio electrónico** (móvil, laptop, tablet, desktop), y es por ello que los invitamos a enviar artículos y sugerencias a través de estos medios. En este número presentamos cinco artículos, dos de investigación y tres casos clínicos. Un artículo de investigación trata de la **resistencia microbiana en las infecciones urinarias en el climaterio**, siendo muy importante monitorear la resistencia bacteriana en Uruguay. Otro trata sobre la **analgesia en el trabajo de parto**, técnica prácticamente generalizada que mejora sustancialmente el dolor en tal instancia. De los casos clínicos, uno es un conjunto de casos vividos en el Hospital de Clínicas que tienen en común las **complicaciones de la vía biliar**; otro es una paciente con **enfermedad de Paget vulvar**, patología infrecuente de difícil diagnóstico que hay que tener presente; el último se trata de la puesta en práctica de una **técnica laparoscópica para resolución de una malformación del aparato genital**. Espero disfruten de estos artículos que nos han enviado los colegas de nuestra comunidad científica.

¡Muchas gracias!



DRA. NATALIA PÉREZ  
*Editora AGO*

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

# ColpoEstriol® *estriol*

**Dos efectivas alternativas  
para un tratamiento completo**



**La alternativa  
estrogénica natural**

  
**TEMIS LOSTALO**  
Excelencia farmacéutica

**Gador**   
*Al Cuidado de la Vida*

# Enfermedad de Paget vulvar: a propósito de un caso

Maite Solari<sup>1</sup>; Federico Fleitas<sup>2</sup>; Benedicta Caserta<sup>3</sup>;  
Santiago Scasso<sup>4</sup>

## Resumen

La enfermedad de Paget extra-mamaria es una entidad poco frecuente, de la cual el origen es poco claro, siendo la topografía vulvar la más frecuente. La enfermedad de Paget vulvar es una neoplasia epitelial maligna que representa menos del 1% de todas las neoplasias vulvares.

Los síntomas son inespecíficos por lo que presenta numerosos diagnósticos diferenciales, lo que en general conlleva a que se retrase el diagnóstico; a pesar de esto, en general presentan buen pronóstico. Hasta en un 4% de los casos asocia adenocarcinoma subyacente.

La enfermedad de Paget vulvar se asocia con otras enfermedades malignas en un 11 - 54% de los casos (mama, vagina, cervix, útero, ovario, vejiga e hígado).

El diagnóstico es de sospecha clínica y confirmación histológica mediante el hallazgo de células de Paget, teniendo además un rol fundamental el empleo de marcadores inmunohistoquímicos para descartar diagnósticos diferenciales.

Este caso clínico corresponde a una paciente de 48 años, con antecedente personal de ataxia de Friedreich. Antecedentes gineco-obstétricos: nuligesta, menopausia a los 40 años, mamografía y colpocitología oncológica vigentes y sin alteraciones. Derivada desde Dolores para valoración y tratamiento por historia de prurito y ardor vulvar de más de 1 año de evolución. Al examen ginecológico presenta en labio menor vulvar derecho en sector superior e inferior lesión eritematosa ulcerada, resto del examen ginecológico sin alteraciones.

Tras la realización de vulvoscopia con toma de biopsias se confirma la enfermedad de Paget, extramamaria, vulvar, extensa, con diseminación aneal a folículos pilosos.

1. Ex-Residente Clínica Ginecotocológica C, CHPR.
2. Asistente Interino Clínica Ginecotocológica C, CHPR
3. Prof. Agda. de Anatomía Patológica y Jefa del Depto. de Anatomía Patológica y Citología del CHPR
4. Prof. Adj. Clínica Ginecotocológica C, CHPR

Correspondencia: maite\_solari@hotmail.com  
Recibido: 16/7/19. Aceptado: 14/8/19

Sin evidencia de invasión estromal en el material examinado.

El caso clínico fue llevado a discusión en ateneo médico conjunto, con equipo de ginecología, tracto genital inferior y anatomopatología. Se planteó realizar tratamiento médico con imiquimod tópico 3 veces a la semana por 3 meses, con control clínico mensual para valorar evolución.

*Palabras clave:* enfermedad de Paget, extramamaria; enfermedad vulvar; imiquimod.

## Abstract

Paget's extra-mammary disease is a rare entity, of which the origin is unclear, being the vulvar topography the most frequent. Paget vulvar disease is a malignant epithelial neoplasm representing less than 1% of all vulvar neoplasms.

The symptoms are nonspecific so it presents numerous differential diagnoses, which in general leads to the diagnosis being delayed, despite this, in general they present a good prognosis. Up to 4% of cases associate an underlying adenocarcinoma.

The Paget vulvar disease is associated with other malignant diseases in 11 - 54% of cases (breast, vagina, cervix, uterus, ovary, bladder and liver).

The diagnosis is of clinical suspicion and histological confirmation through the finding of Paget cells, having also a fundamental role the use of immunohistochemical markers to rule out differential diagnoses.

Our clinical case corresponds to a patient of 48 years, with a personal history of Ataxia de Friedreich. Gynecobstetrics history: nulligravid, menopause at 40 years, mammography and oncological colpocitología without alterations. Derived from Dolores for assessment and treatment for history of pruritus and vulvar burning of more than 1 year of evolution. The gynecological

examination presents in the right labial minora on upper and lower sector ulcerated erythematous lesion, rest of the gynecological examination without alterations.

After carrying out vulvoscopy with biopsies, Paget's disease is confirmed, extramammary, vulvar, extensive, with dissemination adnexal to hair follicles. No evidence of stromal invasion in the material examined.

The clinical case was brought up for discussion at the grand rounds, with gynecology equipment, lower genital tract and anatomopathology. It was proposed to perform medical treatment with Imiquimod topical 3 times a week for 3 months, with monthly clinical control to assess evolution.

*Keywords:* Paget disease, extramammary; vulvar diseases; imiquimod.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Paget vulvar (EPV) corresponde a una neoplasia epitelial maligna que representa menos del 1% de todas las neoplasias vulvares.<sup>1</sup> Su síntoma más común es el prurito, estando presente en el 70% de los casos, precediendo muchas veces al diagnóstico definitivo hasta en 2 años<sup>5</sup>. Esto remarca que se trata de una patología poco frecuente, con síntomas inespecíficos, y un importante número de diagnósticos diferenciales.

El 90% de la enfermedad de Paget es mamaria<sup>6</sup>, siendo la enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) más frecuente en mujeres, hasta en un 80%, y en topografía vulvar (correspondiendo a un 83% de la EPEM)<sup>7</sup>. Es una patología poco frecuente y habitualmente con un buen pronóstico.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 48 años de edad. En cuanto a los antecedentes personales se destaca ataxia de Friedreich, enfermedad monogénica autosómica recesiva, en valoración por neurólogo, sin repercusión actual, y como antecedente quirúrgico presentaba una colecistectomía laparoscópica. Antecedentes gineco-obstétricos: nuligesta. Menarca a los 10 años, menopausia a los 40 años. Contaba con mamografía vigente BI-RADS 2 y colpocitología oncológica negativa para malignidad.

Derivada desde la ciudad de Dolores para valoración y tratamiento. Enfermedad actual: presenta historia de prurito y ardor vulvar de más de 1 año de evolución por el cual se realizó múltiples tratamientos tópicos, sin mejoría clínica. Se destaca que no presenta alteraciones del tránsito urinario ni digestivo.

Examen físico al ingreso: buen estado general. Al examen mamario presenta mamas sin lesiones ni tumoraciones palpables.

Examen cardiovascular y pleuropulmonar sin alteraciones. Abdomen blando, depresible e indoloro, sin elementos de irritación peritoneal. En cuanto al examen ginecológico, a la inspección se destaca a nivel de labio menor derecho, en sector superior e inferior lesión eritematosa ulcerada (Fig. 1). A la especuloscopia se visualiza cuello macroscópicamente sano, paredes vaginales sin lesiones.

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Ante la sospecha de una enfermedad de Paget vulvar, o frente a la duda diagnóstica, resulta fundamental la valoración en servicio de tracto genital inferior, mediante vulvoscopía y colposcopia, que permita la toma de

biopsias, dado que como se ha mencionado, se trata de un diagnóstico histológico e inmunohistoquímico.<sup>4</sup>

Esta paciente fue derivada desde el Departamento de Dolores con el resultado de una vulvoscopía donde se obtuvo biopsia de labio mayor derecho que informa Enfermedad de Paget extra-mamaria de topografía vulvar.

Posteriormente se realiza nueva vulvoscopía complementaria en servicio de Tracto genital inferior de Centro Hospitalario Pereira Rossell dado que no contamos con datos sobre invasión periuretral ni profundidad de la misma, ni tampoco con perfil inmunohistoquímico.

Resultado de vulvoscopía en CHPR: Sobre labio mayor y menor, y a predominio de surco interlabial erosiones con leucoplasia en forma intercalada que no compromete

### Figura 1.

Lesión vulvar presente al momento del diagnóstico.



ten horquilla vulvar ni periné, compatible con enfermedad de Paget, se biopsian varias áreas realizando mapeo.

En cuanto al resto de los exámenes complementarios, estarán supeditados a otros elementos clínicos y a los hallazgos anatomopatológicos que puedan sugerir malignidad asociada.

### ANATOMÍA PATOLÓGICA

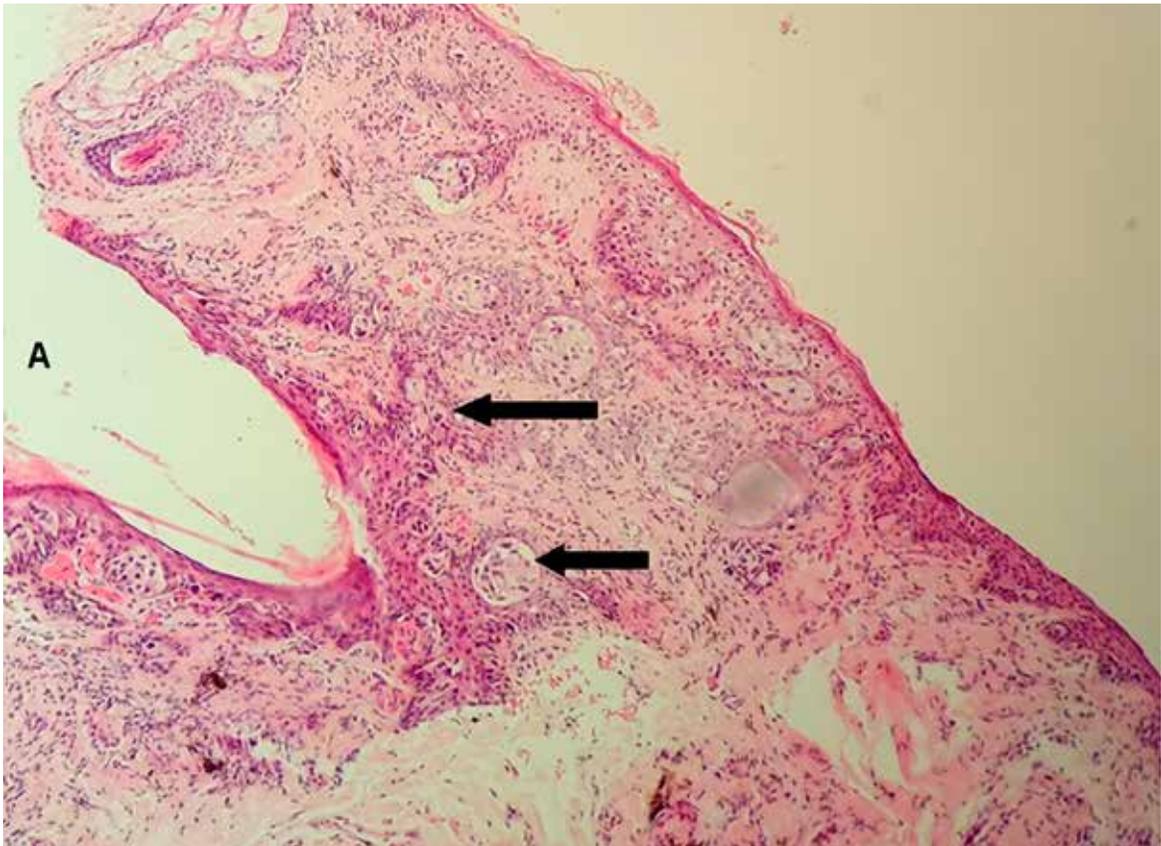
Histológicamente la enfermedad de Paget vulvar se caracteriza por células con un citoplasma pálido con un núcleo grande y nucléolo prominente, llamadas células de Paget, productoras de mucina, con pronunciada atipia, pleomorfismo y mitosis frecuen-

te (Fig. 2). Pueden observarse aisladas o formando Clusters en el epitelio, pudiendo formar estructuras similares a glándulas, encontrándose en la capa basal de la epidermis pudiendo afectar luego a todo su espesor.<sup>4</sup> Es importante excluir invasión, dado que esta no es infrecuente, involucrando estructuras anexas como folículos pilosos y conductos écrinos (Fig. 3). La invasión se caracteriza por la presencia de células de Paget infiltrando más allá de la membrana basal.<sup>36</sup>

La inmunohistoquímica es fundamental, ya que permite distinguir la enfermedad primaria de la secundaria, y descartar diferenciales, tal como se resume en la Tabla 1. El perfil inmunohistoquímico típico de las células de Paget es la presencia de los marcado-

#### Figura 2.

Biopsia vulvar con Hematoxilina y eosina (H y E) 100x. Epitelio superficial con una proliferación intraepitelial de células grandes y redondeadas, aisladas o en nidos, a nivel parabasal y basal. Sin evidencias de invasión en las áreas biopsiadas.



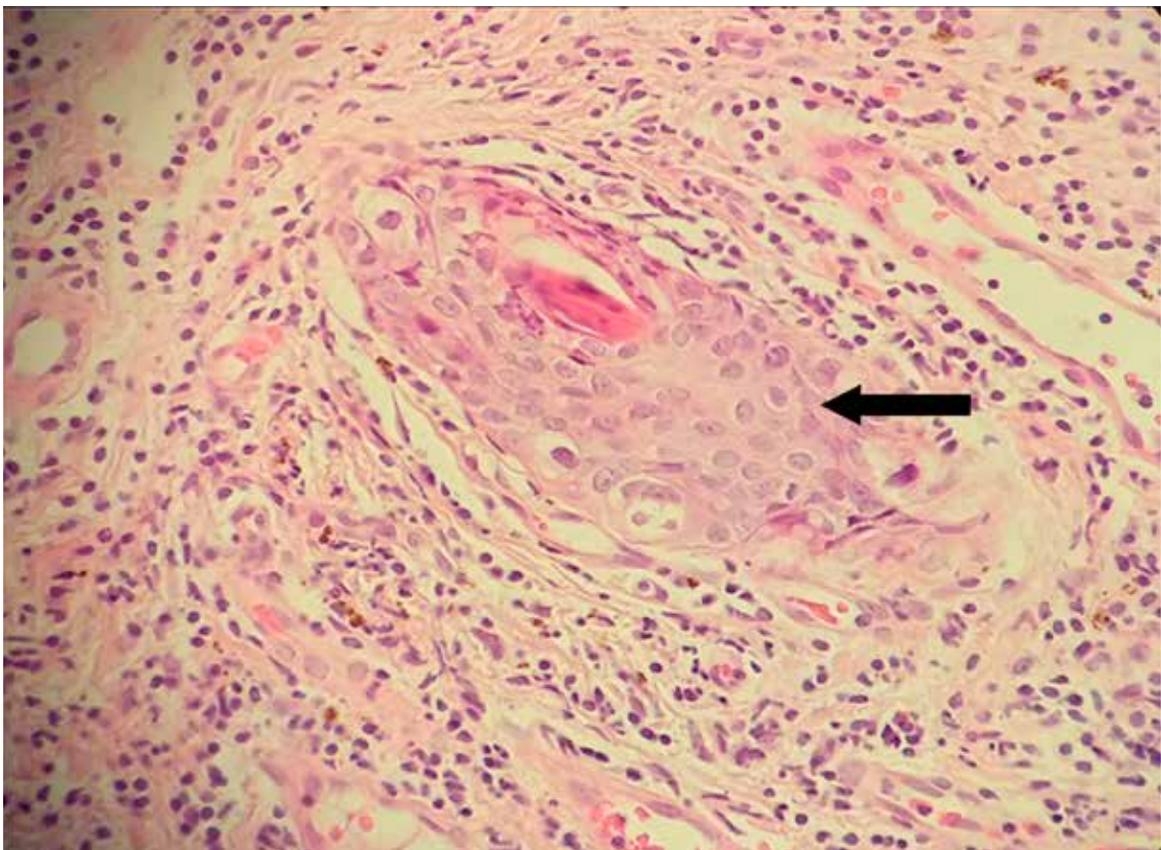
res citoqueratina 7 y CEA positivos (Fig. 4 y 5), mientras que la citoqueratina 20 es negativa. El origen urotelial se puede identificar por CK20+, uroplakin III + o GATA 3 +. La citoqueratina 20, CDX2 y MUC2 positivos, serían indicadores de adenocarcinoma ano-rectal. Los melanomas, habitualmente presentan

como marcadores positivos la proteína S100, HMH45, Melan A, panmelanina.<sup>8</sup>

La inmunohistoquímica no solamente es de suma relevancia diagnóstica, sino para el manejo y seguimiento de los pacientes. La presencia de p53 puede ser predictora de invasión o enfermedad secundaria.<sup>9</sup>

**Figura 3.**

Biopsia vulvar. H y E 400x. Diseminación aneal a folículos pilosos.



**Tabla 1.**

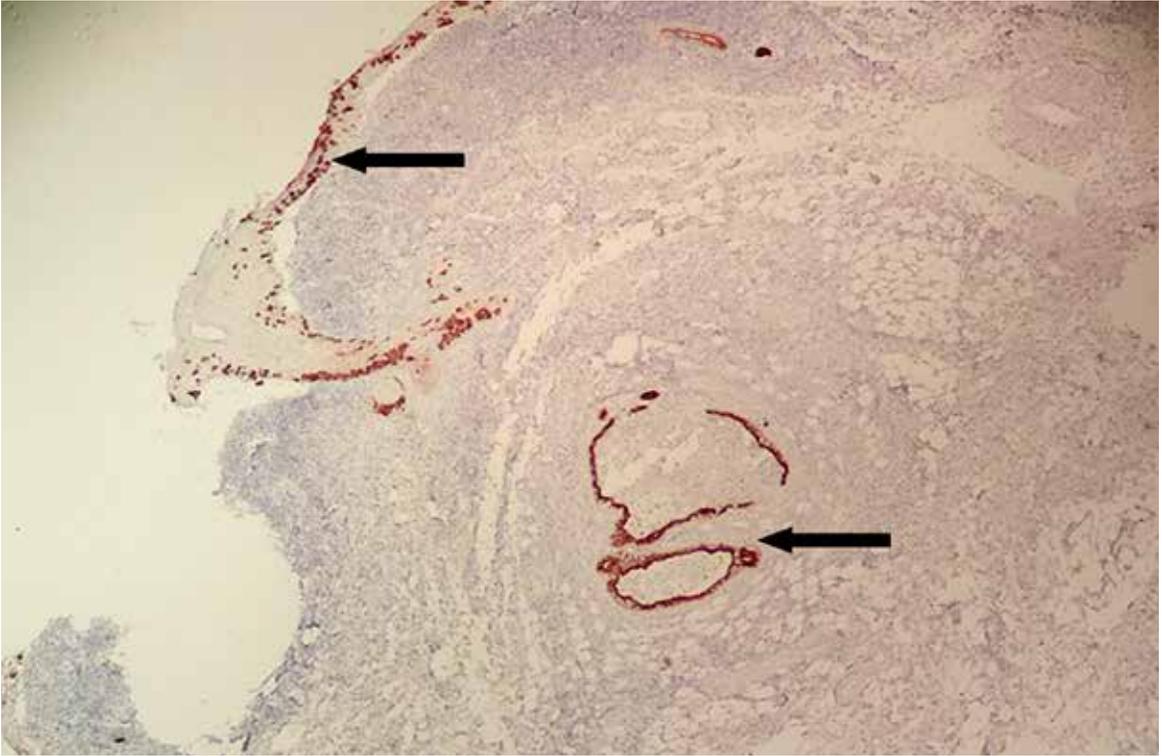
Expresión de marcadores inmunohistoquímicos según el tipo de origen de la EPEM.<sup>6</sup>

	CEA	p63	CK7	CK20	Uro-III	GATA-3	CDX2	MUC2	GCDFP-15
Primary cutaneous VPD (type 1)	+	-	+	-	-	-	-	-	+
Secondary to intestinal malignancy (type 2)	+	-	-	+	-	-	+	+	-
Secondary to urological malignancy (type 3)	+	+	+/-	+	+	+	-	-	-

CEA: carcinoembryonic antigen; CK: cytokeratin; URO-III: uroplakin-III; MUC2: mucin 2; GCDFP: gross cystic disease fluid protein

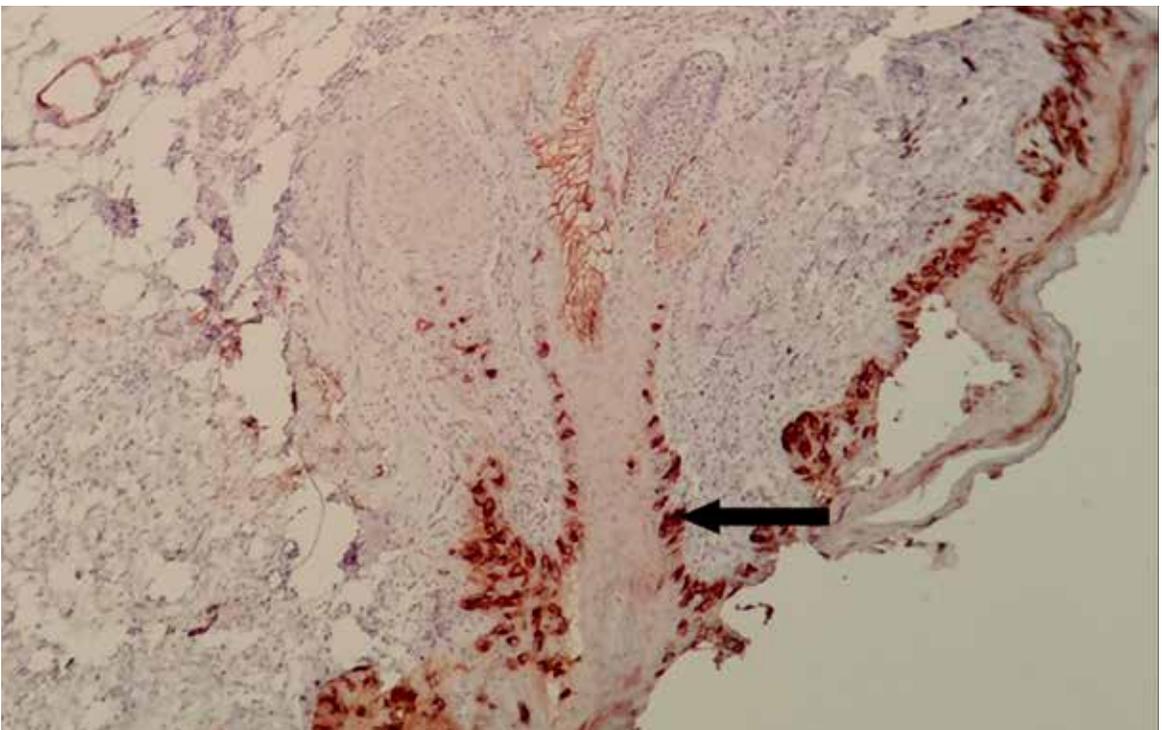
**Figura 4.**

Citoqueratina 7. Positividad en las células claras intraepiteliales (células de Paget, marcadas con flechas).



**Figura 5.**

Células de Paget CEA positivas. 100x. Diseminación anexial en folículos pilosos.



En este caso clínico, el resultado anatómopatológico de dicha toma de biopsias es compatible con enfermedad de Paget vulvar primaria, informando: células neoplásicas claras CK7, CEA, EMA, MUC 5, P15 y P53 positivas (Fig. 6). Enfermedad de Paget, extramamaria, vulvar, extensa. Diseminación aneal a folículos piloso, sin evidencia de invasión estromal en el material examinado.

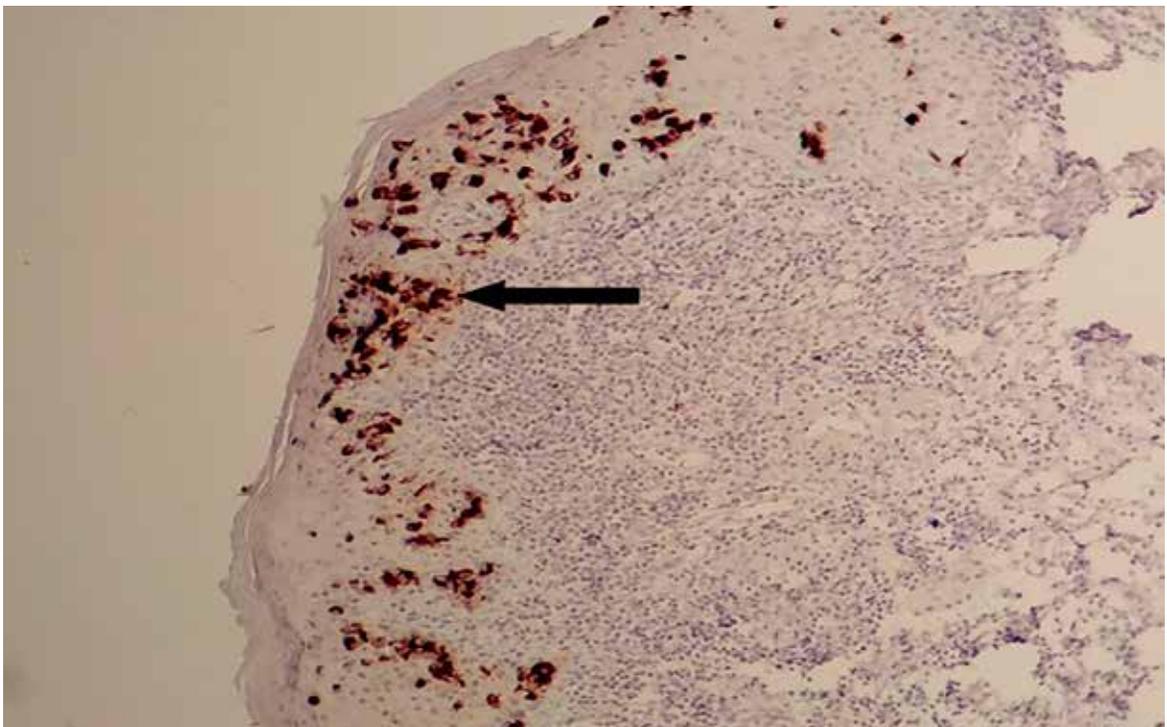
### TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad de Paget puede ser ablativo o escisional, dependiendo de la extensión y terreno del paciente. La cirugía es lo más frecuente, pero determina importante morbilidad y mutilación, con posible pérdida de función. El tratamiento, en cualquier caso, deberá ser individualizado, teniendo presente que por tratarse de una

entidad poco frecuente, las series reportadas con tratamiento médico son pequeñas, y cuyos resultados pueden ser controversiales y no extrapolables.

La cirugía es el tratamiento tradicional, consistiendo en la escisión quirúrgica amplia y profunda, cuyo objetivo es obtener un margen periférico libre de lesión macroscópica de 1,5-2 cm, y 4 mm de profundidad. Esto se justifica dado que muchas veces el límite microscópico de lesión excede a la lesión macroscópica, estando la profundidad determinada por la topografía de las estructuras aneales a la piel.<sup>10</sup> De todas formas, no es claro el margen adecuado, ni tampoco su relación con el riesgo de recurrencia. En cuanto a la linfadenectomía, tiene su lugar en la enfermedad invasora, en cuyo caso se tratará de igual modo al cáncer de vulva.<sup>11</sup> Por este motivo el ganglio centinela no tiene

**Figura 6.**  
P53 positiva en las células de Paget . 100x.



lugar en estas pacientes, dado que en caso de microinvasión existirá indicación formal de linfadenectomía bilateral.<sup>4</sup>

Las lesiones extensas, con grandes resecciones, pueden requerir la participación de cirujano plástico para generar colgajos para adecuada reconstrucción.

En cuanto a las complicaciones quirúrgicas, como mencionamos, la cirugía presenta significativa morbilidad, asociado a infección, hematoma, falla de sutura, así como complicaciones de la esfera psicológica y sexual, dada la pérdida de función y/o los resultados estéticos. Las complicaciones, además, aumentan con la linfadenectomía (linfocèle, linfedema, erisipela, dolor).<sup>12</sup>

Una alternativa en cuanto al tratamiento quirúrgico es la técnica microquirúrgica de Mohs, muy utilizada en neoplasias cutáneas. Esta técnica consiste en la realización de un biselado de piel progresivo para remoción del tumor, con estudio extemporáneo anatomopatológico del material resecado y luego de esto, reparación del defecto, todo en el mismo acto quirúrgico.<sup>45</sup> En un metaanálisis en 2013 con 90 casos de EPDM, de los cuales 21 eran casos de Paget vulvar, mostró una tasa de recurrencia baja con esta técnica (12.2%).<sup>44</sup> La microcirugía de Mohs puede proporcionar un control completo de los márgenes mediante el estudio anatomopatológico de éstos, sin embargo, si se trata de una enfermedad extensa, la escisiones que puede requerir pueden causar morbilidad similar al tratamiento quirúrgico convencional. Resulta dificultoso comparar los resultados de esta técnica con la vulvectomía convencional, ya que la evaluación de los márgenes es diferente para ambas técnicas. Se necesitan datos prospectivos para comprender mejor su eficacia.<sup>43</sup>

En cuanto al tratamiento no quirúrgico,

no siempre es posible. Dependerá del tamaño, la morbilidad y deseo de la paciente.<sup>10</sup>

El tratamiento con imiquimod surge como una alternativa promisoriosa, con series de casos donde se han reportado tasas de remisión completa que alcanzan un 73%, con una persistencia en el 27% de los casos. Estos datos surgen de una revisión realizada en 2015 por Machida et al.<sup>41</sup>

El imiquimod es un inmunomodulador, agonista del receptor celular *toll like 7*, de células dendríticas y células de Langerhans, que determina la producción de múltiples citoquinas que inducen a la apoptosis de células tumorales. Esto conlleva a una fuerte respuesta antitumoral tras la activación del receptor mencionado, determinando la liberación de citoquinas como: INF  $\alpha$ , TNF  $\alpha$ , IL 12, que inducen y activan los linfocitos T CD 8. Se ha utilizado para tratamiento de verrugas genitales, lesiones intraepiteliales vulvovaginales, así como en la queratosis actínica.<sup>41</sup> Se presenta como una alternativa a la cirugía, como adyuvante, así como en combinación terapéutica. Su primer uso reportado en enfermedad de Paget fue en 2012.<sup>42</sup> De todas formas, faltan aún más estudios dado que la evidencia respecto a su uso surge mayoritariamente de reporte de casos. En la mayoría de las series reportadas se plantea una duración mínima de 3 meses para el tratamiento con este fármaco, realizando una aplicación de 3 veces a la semana. Los efectos adversos más frecuentes son dolor, ulceración e inflamación local.<sup>10</sup>

En cuanto a la vaporización con láser, la misma consiste en la destrucción de células tumorales, siendo su mayor desventaja la falta de material histológico para evaluar invasión. Algunos reportes muestran significativa recurrencia, hasta 67%, estando en relación con una ablación poco profunda, que

llega hasta la dermis reticular. Por esto, no se recomienda como primera línea.<sup>10</sup>

Por otra parte, se ha propuesto a la terapia fotodinámica como tratamiento de primera línea, utilizando ácido aminolevulínico al 20% y luz láser. Se generan especies reactivas de oxígeno, destruyendo selectivamente las células neoplásicas. Cuenta con un excelente resultado cosmético, y podría ser una opción útil en pacientes inoperables o en localizaciones dificultosas, ya que tiene la posibilidad de alcanzar la dermis y estructuras anexiales.<sup>10</sup>

Los corticoides no tienen lugar en el tratamiento de la enfermedad de Paget.

En cuanto a la quimioterapia, existe poca evidencia en la enfermedad de Paget avanzada localmente, recurrente o invasora. La evidencia clínica por tanto no apoyaría su uso si no asocia carcinoma invasor.<sup>4</sup>

En cuanto a otros tratamientos, el trastuzumab (anticuerpo monoclonal), podría utilizarse como terapia integrada cuando existe sobre-expresión de HER-2/neu, existente en un 37% de enfermedad de Paget. Sus principales limitantes son el costo y su cardiotoxicidad. Habitualmente se limita a pacientes con múltiples recurrencias, lesiones muy extensas y dicho patrón de expresión.<sup>13</sup>

EN ESTE CASO CLÍNICO una vez realizado el diagnóstico de enfermedad de Paget vulvar extensa, tras su discusión en ateneo médico conjunto, con equipo de ginecología, tracto genital inferior y anatomía patológica, se planteó realizar tratamiento médico con Imiquimod tópico 3 veces a la semana por 3 meses, con control clínico mensual.

Destacamos que la paciente presenta dado su antecedente de ataxia de Friederich, mayor riesgo de arritmia e insuficiencia cardíaca, así como mayor sensibilidad a los relajantes musculares. Las complicaciones res-

piratorias y la diabetes Mellitus son problemas frecuentes en este tipo de pacientes en el periodo post operatorio; por lo tanto, se recomienda una adecuada monitorización cardiovascular y neuromuscular en el periodo intra y post operatorio en caso de que requiera tratamiento quirúrgico.<sup>46</sup>

## SEGUIMIENTO

El seguimiento de estas pacientes debe ser estricto, ya que tiende a recurrir, en función de la extensión subclínica y la multifocalidad. La mayor recurrencia fuera de la vulva se ha reportado en vagina y cérvix, hasta en un 25% de los casos.

En cuanto a las recurrencias con las nuevas modalidades de tratamiento, no existen aún publicaciones que presenten un seguimiento suficiente.

Si bien no hay consenso al respecto, se plantea un seguimiento semestral los primeros 5 años, y posteriormente anual.<sup>14</sup>

La sobrevida a 5 años es de entre el 75 y 91%, lo cual refleja el buen pronóstico en relación a la mayor proporción de enfermedad no invasora.<sup>15</sup>

Nuestro caso clínico como se mencionó anteriormente se encuentra realizando tratamiento con Imiquimod tópico, presentando hasta el momento buena respuesta clínica en el control realizado al mes de iniciado dicho tratamiento (Fig. 7).

## DISCUSIÓN

En 1874 Sir James Paget describió la ulceración de los pezones asociada a cáncer de mama subyacente, reportando una serie de 15 casos, condición conocida posteriormente como enfermedad de Paget mamaria.<sup>16</sup> El primer caso de Paget extra mamaria lo des-

**Figura 7.**

Retroceso de lesión vulvar tras 3 meses de tratamiento con imiquimod.



cribe Crocker 1889 involucrando pene-escroto.<sup>17</sup> 1901 se describe Paget en vulva por el dermatólogo francés William Dubreuilh.<sup>18</sup> La enfermedad de Paget se caracteriza por la presencia intraepitelial de células neoplásicas productoras de mucina, conocidas como células de Paget.<sup>4</sup>

El 90% de los casos de la enfermedad de Paget son mamarios.<sup>19</sup>

La incidencia en Europa de enfermedad de Paget extra-mamaria es de 0.7 por 100.000 personas por año, siendo levemente mayor este número en mujeres que en hombres.<sup>15</sup> En mujeres la localización en el 83% de los casos es en vulva, un 3% se reporta a nivel de canal anal y perianal. Esta enfermedad vulvar es reportada más frecuentemente en caucásicas y post menopáusicas, entre 60-70 años, lo cual difiere con la paciente presentada. En población asiática, la enfer-

medad extra-mamaria es más frecuente en hombres.<sup>7</sup> De todas formas, la incidencia es desconocida. No se reporta asociación familiar de dicha patología.<sup>20</sup>

La enfermedad extra-mamaria puede estar asociada a adenocarcinoma vulvar subyacente. La enfermedad de Paget vulvar Invasora representa el 1 a 2% de los cánceres vulvares.<sup>2</sup>

El origen de la EPEM no es claro, hay distintas teorías. Una sugiere que se originaria de estructuras intraepidérmicas anexiales como las glándulas apocrinas, células madre multipotentes el estrato basal de la epidermis, o células madre infundibulares del folículo piloso.<sup>2,22,23</sup>

La EPEM típicamente se localiza en las zonas con vello, como en la piel de la axila y área genital, lo que apoya la idea de que surge de estructuras anexiales. De todos modos la enfermedad vulvar puede ocurrir en la mucosa modificada del surco interlabial, lo que apoya otra teoría que plantea que surge de glándulas similares a la mama, localizadas en dicho surco.<sup>24</sup> Una teoría más reciente plantea a las células de Toker como las precursoras tanto de enfermedad mamaria como extra mamaria.<sup>25,26</sup>

La presentación clínica más frecuente es prurito, irritación y ardor vulvar, pudiendo ser asintomática en algunos pacientes. Un 5 a 15% de los pacientes no tienen síntomas al momento del diagnóstico.<sup>27,28</sup> Al examen físico se caracteriza como una placa eritematosa con áreas blanquecinas. Puede presentar variedad de coloración y máculas o placas, estas últimas pueden ulcerarse y tener una superficie papilomatosa; los síntomas no siempre están relacionados con lo visible de la lesión. Las lesiones que determina pueden ser multifocales.<sup>6</sup> Algunos estudios muestran que los síntomas pueden prece-

der hasta en 2 años hasta establecer el diagnóstico.<sup>28</sup>

En los casos de sospecha, una adecuada historia clínica que incluya elementos vulvovaginales, gastrointestinales y urológicos es necesaria. Toda lesión sobrelevada sospechosa debe registrarse mediante fotografía y debe evaluarse histológicamente, el registro fotográfico permite además evaluar el curso de la enfermedad.<sup>4</sup>

Debe valorarse la enfermedad invasiva mediante la toma de múltiples biopsias del sector involucrado y de áreas de piel circundante. En casos de pequeñas lesiones unifocales, puede considerarse una biopsia simple, y en algunos casos realizar además la escisión completa. El diagnóstico es de confirmación histológica mediante el hallazgo de células de Paget.<sup>4</sup>

Como diagnósticos diferenciales destacamos a la patología inflamatoria, infecciosa y neoplásica (eccema, candidiasis, psoriasis, liquen escleroso plano o crónico simple, VIN, histiocitosis, condiloma acuminado y melanoma, entre otros).<sup>8,29,30</sup>

En cuanto a la clasificación, la OMS define a la enfermedad de Paget vulvar (EPV) como una neoplasia intraepitelial originada en las glándulas apocrinas epiteliales, caracterizada por células de Paget.<sup>31</sup> La sociedad internacional para el estudio de las enfermedades vulvovaginales, clasifica a la EPV en el grupo 2 (lesiones rojas en parche o placa) y en el subgrupo B (sin interrupción epitelial).<sup>32</sup>

En 2001 Wilkinson propone una clasificación histopatológica que se presenta en la Tabla 2, distinguiendo la enfermedad vulvar primaria cutánea (tipo 1) de la secundaria/no cutánea. La enfermedad vulvar secundaria puede originarse del tracto gastrointestinal (tipo 2) o del urogenital (tipo 3).<sup>33</sup> El tipo 1 se divide de acuerdo a la presencia o ausencia de invasión dérmica, el tipo 1A es intraepitelial y se reporta como un 75-80% de todos los primarios, el tipo 1B en un 16-29% y el tipo C en un 4-17%.<sup>3,34,35</sup> a diferencia de la mama, en ésta el 60% de los casos asocia malignidad.<sup>37</sup> En el tipo 1B se plantea que las células de Paget migran de la dermis a la epidermis, y hacia la epidermis desde un adenocarcinoma en el tipo C. Se describe como invasión dérmica cuando la invasión es mayor a 1 mm. La EPV se asocia hasta en un 4% de los casos con adenocarcinoma subyacente.<sup>4</sup>

### MALIGNIDAD ASOCIADA

En pacientes con EPV se han reportado con altos porcentajes de desarrollar un segundo cáncer primario, sobre todo en el primer año del diagnóstico.<sup>15</sup> La EPV se asocia con otras enfermedades malignas en un 11-54% de los casos, que incluye: mama, vagina, cérvix, útero, ovario, vejiga e hígado.<sup>3,38,39,40</sup> No hay consenso en cuanto al *screening* para valorar malignidad asociada. La recomendación de la *Royal College of Obstetrician and Gynecologist*, 2011, es un seguimiento por espe-

**Tabla 2.** Clasificación de la enfermedad de Paget vulvar según Wilkinson.<sup>6</sup>

Primary VPD (cutaneous)	Type 1a	Cutaneous vulvar non invasive Paget's disease
	Type 1b	Cutaneous vulvar invasive disease: dermal invasion of Paget cells
	Type 1c	Cutaneous vulvar disease as a manifestation of an underlying vulvar carcinoma
Secondary VPD (non cutaneous)	Type 2	VPD originates from rectal or anal adenocarcinome
	Type 3	VPD originates from urogenital neoplasia

cialistas. Pese a no haber consenso, por frecuencia, debería considerarse la valoración mamaria, urogenital y digestiva.

## CONCLUSIONES

Se trata de una enfermedad poco frecuente, que en un porcentaje no despreciable asocia adenocarcinoma subyacente, o se asocia a cáncer de mama, urogenital o intestinal.<sup>3</sup>

Su diagnóstico es histopatológico a través de las células de Paget, apoyándose además en marcadores inmunohistoquímicos típicos que permiten descartar además diferenciales.<sup>4</sup>

El tratamiento debe ser individualizado, siendo de elección clásicamente el tratamiento escisional a través de la cirugía. Dado que en muchos casos se trata de enfermedad no invasora, el tratamiento médico con imiquimod ha arrojado resultados promisorios, sustentando su utilización en mejores resultados estéticos con una tasa de recurrencia (reportada en algunos estudios) comparable al tratamiento quirúrgico.

De todas formas, dada la baja prevalencia de esta patología y por tanto los estudios sobre seguimiento luego del tratamiento no permiten la extrapolación de datos, por lo que destacamos que es fundamental el manejo interdisciplinario e individualizado de la paciente.

## Bibliografía

1. Lam C, Funaro D. Extramammary Paget's disease: summary of current knowledge. *Dermatol Clin*. 2010; 28:807-826.
2. Lloyd J, Flanagan AM. Mammary and extramammary Paget's disease. *J Clin Pathol*. 2000;53(10):742-749.
3. Karam A, Dorigo O. Increased risk and pattern of secondary malignancies in patients with invasive extramammary Paget disease. *Br J Dermatol*. 2014;170 (3):661-71.
4. van der Linden M, Meeuwis KA, Bulten J, Bossse T, van Poelgeest MI, de Hullu JA. Paget disease of the vulva. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016 May;101:60-74.
5. De Magnis, A, Checcucci V, Catalano C, Corazzesi A, Pieralli A, Taddei G, et al. Vulvar paget disease: a large single-centre experience on clinical presentation, surgical treatment, and long-term outcomes. *J Low Genit Tract Dis*. 2013;17 (2):104-10.
6. Fardal, RW, Kierland RR, Clagett OT, Woolner LB. Prognosis in cutaneous Paget's disease. *Postgrad Med J*. 1964;36,584-93.
7. Chiu TW, Wong PS, Ahmed K, Lam SC, Ying SY, Burd A. Extramammary Paget's disease in Chinese males: a 21-year experience. *World J Surg*. 2007;31(10):1941-46.
8. Delport, ES. Extramammary Paget's disease of the vulva: An annotated review of the current literature. *Australas J Dermatol*. 2013;54(1):9-21.
9. Scheistrøen M, Trope C, Kaern J, Pettersen EO, Alfsen GC, Nesland JM. DNA ploidy and expression of p53 and C-erbB-2 in extramammary Paget's disease of the vulva. *Gynecol Oncol*. 1997;64(1):88-92.
10. Marchitelli, C. Enfermedad de Paget vulvar. En: Caussade Dutra A. *Vulva y Vagina. Diagnóstico y tratamiento*. Montevideo: Bibliomédica; 2015. pp.203-19.
11. Gunn RA, Gallager HS. 1980. Vulvar Paget's disease: a topographic study. *Cancer* 1980;46 (3):590-4.
12. Gaarenstroom KN, Kenter GG, Trimbos JB, Agous I, Amant F, Peters AA, Vergote I. Postoperative complications after vulvectomy and inguino femoral lymphadenectomy using separate groin incisions. *Int J Gynecol. Cancer*. 2003;13(4):522-7.
13. Hanawa F, Inozume T, Harada K, Kawamura T, Shibagaki N, Shimada S. A case of metastatic extramammary Paget's disease responding to trastuzumab plus paclitaxel combination therapy. *Case Rep Dermatol*. 2011;3(3):223-7.
14. Márquez-Acosta G, Olaya-Guzman EJ, Jiménez-López J, Gómez-Pue D, Pérez-Quintanilla M. Enfermedad de Paget extensa de la vulva: Presentación de un caso y propuesta de manejo conservador. *Perinatol Reprod Hum*. 2013 Mar;27(1):44-50.
15. van der Zwan J, Siesling S, Blokx WA, PierieJP, Capocaccia R. Invasive extramammary Paget's disease and the risk of secondary tumours in Europe. *Eur J Surg Oncol*. 2012;38:214-21.
16. Paget, J. *Lectures on Surgical Pathology, Delivered at the Royal College of Surgeons of England*. Philadelphia: Lindsay & Blakinston; 1854. Disponible en: <https://ia802607.us.archive.org/10/items/>

- lecturesonsurgic00pageuoft/lecturesonsurgic00pageuoft.pdf (Acceso: 15/07/19)
17. Crocker H. Paget's disease affecting the scrotum and penis. *Trans Pathol Soc Lond.* 1889;40:187. Disponible en: <https://ia801305.us.archive.org/11/items/b22280236/b22280236.pdf> (Acceso 15/07/19)
  18. Dubreuilh W. 1901. Paget's disease of the vulva. *Br J Dermatol.* 1901;13(11):407-13.
  19. Fardal RW, Kierland RR, Clagett OT, Woolner LB. Prognosis in cutaneous Paget's disease. *Postgrad Med J.* 1964;36:584-93.
  20. Liegl B, Leibl S, Gogg-Kamerer M, Tessaro B, Horn LC, Moinfar F. Mammary and extramammary Paget's disease: an immunohistochemical study of 83 cases. *Histopathology.* 2007;50(4):439-47.
  21. Parker LP, Parker JR, Bodurka-Bevers D, Deavers M, Bevers M, Shen-Gunther J. Paget's disease of the vulva: pathology, pattern of involvement, and prognosis. *Gynecol Oncol.* 2000;77:183-9.
  22. Kanitakis, J. Mammary and extramammary Paget's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21(5):581-90.
  23. Regauer S. Extramammary Paget's disease—a proliferation of adnexal origin? *Histopathology.* 2006;48(6):723-9.
  24. van der Putte SC. Mammary-like glands of the vulva and their disorders. *Int J Gynecol Pathol.* 1994;13(2):150-60.
  25. Toker C. Clear cells of the nipple epidermis. *Cancer.* 1970;25(3):601-10.
  26. Willman J, Golitz L, Fitzpatrick J. Vulvar clear cells of toker. *Am J Dermatopathol.* 2005;27(3):185-8.
  27. Perez DR, Trakamsanga A, Shia J, Nash GM, Temple LK, Paty Pb, et al. Management and outcome of perianal Paget's disease: a decade institutional experience. *Dis Colon Rectum.* 2014;57(6):747-51.
  28. De Magnis A, Checucci V, Catalano C, Corazzesi A, Pieralli A, Taddei G, et al. Vulvar paget disease: a large single-centre experience on clinical presentation, surgical treatment, and long-term outcomes. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(2):104-10.
  29. Fanning J, Lambert HC, Hale TM, Morris PC, Schuerch C. Paget's disease of the vulva: prevalence of associated vulvar adenocarcinoma, invasive Paget's disease, and recurrence after surgical excision. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180(1):24-7.
  30. Shepherd V, Davidson E, Davies-Hymphreys, J. Extramammary Paget's disease. *BJOG* 2005;112:273-9.
  31. Crum CP, et al. Tumours of the vulva. In: Kurman, RJ, Cargangiu ML, Herrington CS, Young RH, eds. *WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs.* 4th ed. Vol 6. Lyon: IARC; 2014. pp.236-7.
  32. Lynch PJ, Moyal-Barraco M, Scurry J, Stockdale C. 2011 ISSVD terminology and classification of vulvar dermatological disorders: an approach to clinical diagnosis. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(4):339-44.
  33. Wilkinson, E. Premalignant and malignant tumors of the vulva. In: Kurman,RJ, Hedrick Ellenson L, Ronnett BM, eds. *Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract.* NewYork; Springer-Verlag; 2002. pp.123-8.
  34. Niikura H, Yoshida H, Ito K, Watanabe H, Aiba S, Yaegashi N. Paget's disease of the vulva: clinicopathologic study of type1 cases treated at a single institution. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(3):1212-5.
  35. Mendivil AA, Abaid L, Epstein HD, Rettenmaier MA, Brown JV 3rd, Micha JO, et al. Paget's disease of the vulva: a clinicopathologic institutional review. *Int J Clin Oncol.* 2012;17:569-74.
  36. Hatta N, Yamada M, Hirano T, Fujimoto A, Morita R. Extramammary Paget's disease: treatment, prognostic factors and outcome in 76 patients. *Br J Dermatol.* 2008;158(2):313-8.
  37. Chaudary MA, Millis RR, Lane EB, Miller NA. Paget's disease of the nipple: a ten year review including clinical, pathological, and immunohistological findings. *Breast Cancer Res.Treat.* 1986;8:139-46.
  38. Lee SC, Roth LM, Ehrlich C, Hall JA. Extramammary Paget's disease of the vulva. A clinicopathologic study of 13 cases. *Cancer.* 1977;39(6):2540-9.
  39. Feuer GA, Shevchuk M, Calanog A. 1990. Vulvar Paget's disease: the need to exclude an invasive lesion. *Gynecol Oncol.* 1990;38(1):81-89.
  40. Taylor PT, Stenwig JT, Klausen H. Paget's disease of the vulva. A report of 18 cases. *Gynecol Oncol.* 1975;3(1):46-60.
  41. Machida H, Moeini A, Roman LD, Matsuo K. Effects of imiquimod on vulvar Paget's disease: A systematic review of literature. *Gynecol Oncol.* 2015;139(1):165-71.
  42. Fehres CM, Bruijns SC, van Beelen AJ, Kalay H, Ambrosini M, Hooijberg E, et al. Topical rather than intradermal application of the TLR7 ligand imiquimod leads to human dermal dendritic cell maturation and CD8+ T-cell cross-priming. *Eur J Immunol.* 2014;44:2415-24.
  43. Nitecki R, Davis M, Watkins JC, Wu YE, Vitonis AF, Muto MG, et al. Extramammary Paget Disease of the Vulva. *Int J Gynecol Cancer.*

2018;28(3):632-8.

44. Bae JM, Choi YY, Kim H, Oh BH, Roh MR, Nam K, et al. Mohs micrographic surgery for extramammary Paget disease: a pooled analysis of individual patient data. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:632-7.
45. Mansouri B, Bicknell LM, Hill D, Walker GD, Fiala K, Housewright C. Mohs Micrographic Surgery for the Management of Cutaneous Malignancies. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2017;25(3):291-301.
46. Torres López A, Péramo Fernández F, Costela Villodres JL, Carlos García R. Anesthetic management in a case of Friedreich's ataxia. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 1989 Sep-Oct;36(5):286-7.

# Complicaciones de la vía biliar en el periodo grávido-puerperal

Lucía Diz<sup>1</sup>; Leonardo Paller<sup>1</sup>; Cecilia Larrocca<sup>2</sup>; Washington Lauría<sup>4</sup>,  
Grazzia Rey<sup>3</sup>

## Resumen

La patología litiasica biliar sintomática en el embarazo está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad para el binomio materno-fetal. Distintas series estiman que de un 10% a un 31% (5-36%) de todas las mujeres embarazadas presentan barro biliar, y entre el 2% y 6% (2-11%) de ellas tendrá litiasis biliares durante el embarazo y el periodo posparto temprano. De estas, entre un 0.5- 2% presentarán complicaciones, en las que se incluyen: pancreatitis, colecistitis y colangitis. El manejo de las pacientes embarazadas con complicaciones de la vía biliar es controversial; dependerá de la clínica y paraclínica además de la edad gestacional, pudiendo ser tra-

tamiento médico/conservador o quirúrgico. La laparoscopia ha demostrado ser segura en el embarazo.

En este artículo se describen 8 casos clínicos de pacientes obstétricas que presentaron complicaciones agudas de la vía biliar y fueron asistidas en el Hospital de Clínicas durante el año 2018. Las mismas presentaron distintos cuadros clínicos en diferentes momentos del embarazo y puerperio, adoptándose por tanto distintas opciones terapéuticas.

*Palabras clave:* embarazo, puerperio, litiasis biliar, colecistitis, colangitis, pancreatitis.

## Abstract

Symptomatic biliary lithiasic pathology in pregnancy is related to an increased risk of fetal and maternal mortality. Different series estimate that 10% to 31% (5-36%) of all pregnant women have biliary sludge, and about 2% to 6% (2-11%) of them will develop biliary lithiasis during

1. Médico Residente. Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas.
2. Asistente Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas.
3. Profesora Agregada Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas
4. Profesor Director, Clínica Ginecotológica B. Hospital de Clínicas

Universidad de la República.  
Facultad de Medicina.

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"  
Clínica Ginecotológica B

Correspondencia: leopaller@gmail.com

Recibido: 06/05/19 Aceptado: 03/09/19

pregnancy and the early postpartum period. Between 0.5 and 2% of those will present acute complications which include pancreatitis, cholecystitis and cholangitis.

The management of pregnant patients with complications of the biliary tract is controversial. It will depend on the clinical presentation, image and blood tests, as well as gestational age. Treatment modalities include medical/conservative or surgical approaches. Laparoscopy has been shown to be safe in pregnancy.

This article describes 8 clinical cases of obstetric patients which underwent acute complications of the biliary tract and were assisted at Hospital de Clínicas in 2018. They presented diverse clinical manifestations, at varying stages of pregnancy and puerperium, and required different therapeutic options.

*Key words:* Pregnancy, puerperium, biliary lithiasis, cholecystitis, cholangitis, pancreatitis.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo es un factor de riesgo para la formación de las litiasis vesiculares, asociándose con complicaciones maternas y feto-neonatales.

Durante la gestación hay cambios en la función hepatobiliar. Se genera un ambiente litogénico, dado en parte por el aumento en los niveles de estrógenos y progesterona que predisponen a estasis hepática y saturación de la bilis con colesterol y cantidades reducidas de ácido quenodesoxicólico.<sup>1</sup>

En distintas series se estima que entre un 10% a un 31% (5-36%) de todas las mujeres embarazadas presentan barro biliar, y entre el 2% y el 6% (2-11%) tendrán litiasis biliares durante el embarazo y el período posparto temprano. De estas, entre un 0,5-2% de las mujeres embarazadas tienen complica-

ciones debido a esta causa, en las que se incluyen: pancreatitis, colecistitis y colangitis.<sup>2</sup> Se estima que se realiza una colecistectomía cada 10.000 embarazos.<sup>3</sup> La incidencia de la patología biliar aumenta en mujeres con mayor índice de masa corporal y paridad.

La patología litiásica biliar sintomática en el embarazo está relacionada con un mayor riesgo de mortalidad tanto para la madre y el feto, y puede generar complicaciones que incluyen morbilidad materna, readmisión hospitalaria, aborto espontáneo, anomalías fetales, trabajo de parto de pretérmino y riesgo incrementado de pretérmino iatrogénico, óbito y morbilidad neonatal.<sup>1</sup> Dentro de la morbilidad neonatal se describen índices más altos de distrés respiratorio y falla respiratoria, mayor necesidad de soporte ventilatorio, cateterización de vasos sanguíneos, requerimientos de nutrición parenteral y sepsis. La ictericia fue el principal motivo de ingreso a unidad neonatal.<sup>1</sup>

El manejo de las pacientes embarazadas con complicaciones de la vía biliar es controversial, dependerá de la clínica y paraclínica además de la edad gestacional, pudiendo ser tratamiento médico/conservador o quirúrgico.

Se describen 8 casos clínicos de pacientes que presentaron complicaciones derivadas de patología litiásica asistidas en el Hospital de Clínicas. Las mismas presentaron distintos cuadros clínicos y evolución, tomándose por tanto diferentes opciones terapéuticas.

## OBJETIVOS

Describir 8 casos clínicos de complicaciones de la vía biliar presentadas en pacientes cursando el periodo grávido-puerperal, asistidas en el Hospital de Clínicas de Montevideo, Uruguay, durante el año 2018.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Reporte de casos clínicos, mediante revisión de historias clínicas.

Se recolectaron datos de las historias clínicas de pacientes embarazadas y puérperas que tuvieron ingresos en el Hospital de Clínicas durante el 2018 por complicaciones agudas de la vía biliar. Se solicitaron las historias al Departamento de Registros Médicos del hospital.

La revisión bibliográfica se hizo buscando en la base de datos PubMed artículos en español, e inglés, de los últimos 10 años, utilizando como palabras clave "embarazo", "litiiasis biliar", "colecistitis", "colangitis", "pancreatitis", "puerperio", y sus equivalentes en inglés.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Paciente de 23 años. Obesa. Como antecedentes obstétricos presenta 1 gestación previa, 1 parto vaginal. Cursando 25 semanas de gestación, consulta por epigastralgia intensa de 5 días de evolución que irradia a ambos hipocondrios. El cuadro se acompaña de náuseas y vómitos de todo lo ingerido. No elementos de alarma obstétrica. Al ingreso se destaca: hemograma sin leucocitosis. Función renal, enzimograma hepático y crisis normales. Amilasemia: 4505.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida de paredes finas con múltiple microlitiasis en su interior. Páncreas normal.

Ingresa a sala con planteo de pancreatitis aguda, presentando mejoría clínica y paraclínica parcial con tratamiento médico. Se realiza colecistectomía laparoscópica de coordinación a las 28 semanas de gestación, sin complicaciones. No se realizó colangiografía intraoperatoria.

Se finaliza la gestación a las 40 semanas, vía parto vaginal normal. Se obtuvo un recién nacido sano y normopeso.

### Caso 2

Paciente de 19 años, sin antecedentes personales patológicos a destacar. Como antecedentes obstétricos presenta 1 gestación previa, 1 aborto espontáneo precoz.

Cursando 14 semanas de edad gestacional, consulta por cuadro de una semana de evolución de dolor en hipocondrio derecho, intolerancia digestiva y elementos de síndrome pigmentario. Sin elementos de alarma obstétrica. Al ingreso se destaca: hemograma normal. Bilirrubina total (BT): 5.46 a predominio de la bilirrubina directa (BD). Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 107. transaminasa glutámico pirúvica (TGP): 229. amilasemia 74.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida de paredes finas, barro biliar y microlitiasis en su interior.

Con planteo de colangitis litiásica se realiza colangiografía que descarta ocupación de la vía biliar principal, por lo que se diagnostica colangitis aguda simple. Se realiza tratamiento médico, con buena evolución posterior. Se otorga alta a los 14 días.

Reingresa cursando 17 semanas de gestación por nuevo episodio de intolerancia digestiva alta y síndrome pigmentario. Sin elementos de alarma obstétrica. De los exámenes complementarios se destaca: BT 3.01 a predominio de BD. TGP: 256 TGO: 111. Gamma glutamil transpeptidasa (GGT): 39. Amilasemia: 76.

Ecografía abdominal: vesícula distendida de paredes finas, de tamaño habitual, ocupada totalmente por barro biliar. Planteo de colangitis aguda simple. Se inicia nuevamen-

te tratamiento médico, con mala evolución clínica. Se decide realizar colangio-pancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) no objetivándose litiasis coledociana ni barro biliar. Se enfatiza en tratamiento antiemético con mejoría clínica y paraclínica.

Nuevo episodio de cólico biliar a las 26 semanas, se realizó inducción de la maduración pulmonar fetal.

Cursando gestación de 38 semanas, la misma finaliza de forma espontánea vía parto vaginal normal. Buen resultado perinatal, recién nacido sano, normopeso.

Al momento de escribir este trabajo, la paciente tiene pendiente el tratamiento definitivo de su patología litiasica.

#### Caso 3

Paciente de 34 años. Obesa. Como antecedentes obstétricos presenta 4 gestaciones previas, 2 partos vaginales y 2 cesáreas.

Cursando gestación de 31 semanas, complicada con diabetes gestacional y síndrome preeclampsia eclampsia. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho e intolerancia digestiva alta.

Al ingreso se destaca: hemograma normal, BT: 4.17, a predominio de BD. TGP: 133. TGO: 72.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida con barro biliar. Vía biliar intrahepática dilatada. Colédoco dilatado, sin litiasis.

Se realiza diagnóstico de colecistitis aguda. Se plantea inicialmente tratamiento médico. Mala evolución clínica, por lo que se realiza ERCP. Se constata litiasis coledociana y estenosis del colédoco distal. Se realiza papilotomía, litotricia y extracción de barro biliar. Colocación de prótesis plástica.

Buena evolución posterior, se otorga alta a las 72 horas. Diagnóstico al alta: colan-

gitis aguda. La finalización del embarazo no se produjo en nuestro centro, por lo que no contamos con datos del nacimiento o del recién nacido.

#### Caso 4

Paciente de 22 años. Sana. Primigesta. Cursando 25 semanas de gestación, consulta por dolor en hemiabdomen derecho e intolerancia digestiva alta de 48 hrs de evolución. Sin elementos de alarma obstétrica.

De la paraclínica al ingreso se destaca: hemograma y función renal normales. Funcional hepático: sin hiperbilirrubinemia ni aumento de enzimas hepáticas. Amilasemia normal.

Ecografía de abdomen: vesícula biliar con microlitiasis y barro, sin elementos de complicación aguda.

Dado dudas diagnósticas entre apendicitis y colecistitis se solicita resonancia que informa vesícula distendida y edematosa sin litiasis de la vía biliar.

Se induce maduración pulmonar fetal y uteroinhibición con indometacina

Dada persistencia del dolor se plantea colecistitis aguda y se realiza colecistectomía laparoscópica. Buena evolución posterior. Sin complicaciones. Se otorga el alta a las 72 hrs.

La finalización del embarazo no se produjo en nuestro centro, por lo que no contamos con datos del nacimiento o del recién nacido.

#### Caso 5

Paciente de 24 años. Hipotiroidismo en tratamiento. Primigesta. Cursando 30 semanas de gestación, consulta por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, que irradia a

dorso, de 72 hrs de evolución. Se acompaña de intolerancia digestiva alta y síndrome pigmentario.

Al ingreso: hemograma y función renal normales. Funcional hepático: Sin hiperbilirrubinemia. TGO: 190. TGP: 179.

Ecografía de abdomen: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. A nivel de colédoco distal litiasis de 4 mm. Litiasis vesiculares de 12 y 3 mm.

Se plantea síndrome coledociano frustro. Se realiza tratamiento médico, con buena evolución. Se otorga el alta a las 72hrs. La finalización del embarazo no se produjo en nuestro centro, por lo que no contamos con datos del nacimiento o del recién nacido.

#### Caso 6

Paciente de 20 años. Antecedentes de múltiples cólicos biliares. Primigesta. Cursando 28 semanas de gestación consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho. La paraclínica sanguínea al ingreso no presenta alteraciones.

Ecografía de abdomen: vesícula distendida con barro biliar y múltiples litiasis en su interior, litiasis impactada a nivel de cuello vesical de 19 mm. Se discute en ateneo quirúrgico y se decide realizar colecistostomía percutánea. Procedimiento sin incidentes, se evacúan 50 cc de bilis clara (hidrocolecisto). Se otorga alta con drenaje a bolsa colector. Buena evolución posterior.

Se finalizó la gestación a las 37 semanas vía operación cesárea por sospecha de hipoxia fetal intraútero. Buen resultado perinatal.

#### Caso 7

Paciente de 31 años. Antecedentes personales de obesidad y cólicos biliares a repe-

tición. Como antecedentes obstétricos presenta 5 gestaciones previas, 1 parto vaginal, 2 cesáreas, 2 abortos espontáneos precoces.

Cursando 14 días de puerperio consulta en emergencia por epigastralgia intensa y vómitos de 48 hrs de evolución y elementos de síndrome pigmentario.

De la paraclínica al ingreso se destaca: hemograma sin leucocitosis, función renal normal, BT: 6,28 a predominio de BD, TGO: 154, TGP: 166, GGT: 515. Amilasemia y crasis normales.

Ecografía de abdomen: vesícula biliar distendida con múltiples litiasis en su interior. Colédoco dilatado con calibre máximo de 12 mm. Hígado y páncreas normales.

Con planteo de colangitis aguda litiásica se realiza colecistectomía laparoscópica. Se observa persistencia de litiasis en el colédoco. Se plantea papilotomía anterógrada. Se produce lesión del cístico durante extracción de litiasis. Se convierte a laparotomía. Se coloca drenaje transcístico y subhepático. Durante el postoperatorio se diagnostica neumonía aspirativa.

Se realiza colangiografía transcística, objetivándose la persistencia de litiasis. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) con papilotomía. Se retira drenaje subhepático y se pinza el transcístico. Presenta buena evolución, por lo que se otorga alta a las 48 hrs del procedimiento.

#### Caso 8

Paciente de 42 años. Antecedentes personales de litiasis vesicular sintomática conocida. Como antecedentes obstétricos presenta 3 gestaciones previas, 1 aborto espontáneo precoz y 2 partos vaginales.

Cursando puerperio mediato. Presenta

cuadro de dolor de 48 hrs de evolución en hemiabdomen superior que irradia a dorso, acompañado de intolerancia digestiva.

La paraclínica sanguínea al ingreso no presenta alteraciones.

Ecografía abdominal: vía biliar intra y extrahepática dilatada, con microlitiasis impactadas en la desembocadura del colédoco. Vesícula sobredistendida, de paredes engrosadas y edematosas, con múltiples microlitiasis móviles.

Con planteo de colangitis aguda litiásica se realiza colecistectomía laparoscópica de urgencia. Postoperatorio sin complicaciones.

## DISCUSIÓN

Se presentaron 8 casos clínicos de pacientes con complicaciones litiásicas agudas de la vía biliar, cursando distintas etapas del período grávido-puerperal. Si bien los diagnós-

**Cuadro 1.** Resumen de casos clínicos

	Edad	Edad gestacional	Antecedentes	Clínica	Paraclínica alterada	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados perinatales
Caso 1	23	25 sem	1G 1PV. Obesa	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	Amilasa: 4505 Ecografía: vesícula distendida con múltiples litiasis	Pancreatitis aguda	Colecistectomía laparoscópica	40 sem. Inducción. PV Peso 3176 grs. APGAR 9/10
Caso 2	19	14 sem	1G 1AE. Sana	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva. Sind. pigmentario	BT: 5.46 (BD: 4.58, BI 0.88) TGO: 107. TGP: 229 Ecografía: vesícula distendida, con barro biliar y macrolitiasis	Colangitis Aguda Simple	ERCP	38 sem. PV Peso: 3032 grs. APGAR 9/10
Caso 3	34	31 sem	Obesa	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	BT: 4.17 (BD: 4.05, BI 0.12) TGO 72. TGP: 133 Ecografía: vesícula distendida, con barro biliar. Vía biliar dilatada, sin imágenes de litiasis	Colangitis Aguda	ERCP	
Caso 4	22	25 sem	Primigesta. Sana	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	Ecografía: vesícula con microlitiasis y barro biliar	Colecistitis Aguda	Colecistectomía Laparoscópica	
Caso 5	24	30 sem	Primigesta. Hipotiroides	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	TGO: 190. TGP: 179 Ecografía: dilatación vía biliar. Litiasis en vesícula y colédoco.	Síndrome Coledociano Frustrado.	Tratamiento médico	
Caso 6	20	28 sem	Primigesta. Litiasis vesicular sintomática	Dolor abdominal	Ecografía: vesícula con barro biliar y múltiples litiasis	Colecistitis Aguda	Colecistotomía percutánea	37 semanas. Inducción del TDP. CST por SHFIU. Peso: 2620 grs. APGAR 9/10

	Edad	Edad gestacional	Antecedentes	Clínica	Paraclínica alterada	Diagnóstico	Tratamiento	Resultados perinatales
Caso 7	31	Puerperio 14 días (CST)	5G 1PV 2CST 2AE. Tabaquista. Obesa	Dolor abdominal. Síndrome pigmentario	BT: 6.28. (BD: 5.98, BI 0.30). TGO: 174. TGP: 166. GGT: 515. Ecografía: vesícula distendida con múltiples litiasis. colédoco dilatado	Colangitis Aguda Litiasica.	Colecistectomía laparoscópica. Conversión a laparotomía por complicación intraoperatoria. Drenaje transcístico. ERCP 15 días post-cirugía	
Caso 8	42	Puerperio 6 días	3G 1AE 2PV Litiasis vesicular sintomática	Dolor abdominal. Intolerancia digestiva	GGT 91. Ecografía: dilatación vía biliar. Microlitiasis impactadas en colédoco. Vesícula dilatada, engrosada, con múltiples microlitiasis móviles.	Colangitis Aguda Litiasica	Colecistectomía laparoscópica	

ticos fueron diferentes, en todas las pacientes la forma de presentación fue el dolor abdominal, acompañado en algunos casos de intolerancia digestiva alta y menos frecuentemente síndrome pigmentario.

Las alteraciones en la paraclínica sanguínea no fueron constantes, siendo la elevación de las enzimas hepáticas el hallazgo más frecuente. En todos los casos la ecografía de abdomen evidenció la presencia de litiasis biliar, si bien no todas las pacientes tenían evidencia imagenológica de alteraciones agudas.

Los tratamientos quirúrgicos/endoscópicos fueron la modalidad adoptada en 7 de las 8 pacientes, siendo la colecistectomía laparoscópica el procedimiento más realizado. En 3 de las pacientes se optó inicialmente por un tratamiento médico, pero dada una mala evolución con persistencia de la sintomatología, se realiza en la evolución el tratamiento quirúrgico. Esto es similar a lo reportado en otras series en las que se ha demos-

trado que el tratamiento conservador conlleva mayores complicaciones al repetir episodios similares.<sup>2,3,4,5,6,7</sup>

En cuanto a los resultados obstétricos debemos destacar que, dado que el Hospital de Clínicas es centro de referencia para estas patologías por contar con centro de cuidados intensivos tanto materno como neonatal, así como equipo quirúrgico, muchas de las pacientes asistidas provienen del interior del país. Esto hace que una vez superado el cuadro quirúrgico continúen el control obstétrico en sus centros de referencia, dificultando el seguimiento, por lo que en algunos casos no contamos con datos de los resultados obstétricos.

El manejo de las pacientes embarazadas con complicaciones de la vía biliar es controversial. Dependerá de la clínica y paraclínica además de la edad gestacional, pudiendo ser tratamiento médico/conservador o quirúrgico.<sup>3</sup> Se ha demostrado que las pacientes en las cuales no se realiza el tratamien-

to quirúrgico definitivo suelen tener episodios recurrentes con múltiples ingresos hospitalarios, pudiendo presentar en los episodios subsiguientes mayores complicaciones.<sup>2,3,4,5,6,7</sup> Se recomienda la resolución quirúrgica en el posparto si no se realizó durante la gestación, aunque no está pautado cual sería el mejor momento para realizar la cirugía en el puerperio.<sup>2</sup>

Un reporte de casos australiano<sup>8</sup> informó que las indicaciones más frecuentes de colecistectomía durante el embarazo fueron cólicos biliares en el 54% de los casos, seguidos por colecistitis aguda en 22%, y pancreatitis biliar aguda en el 14%.

En cuanto a la vía de la colecistectomía se demostró que la laparoscopia es segura en todos los trimestres del embarazo.<sup>1,5,9,10,11</sup> De todas formas, el manejo conservador continúa siendo la conducta más frecuente.

Las cirugías no obstétricas más frecuentes en la paciente embarazada son la apendicectomía y la colecistectomía. La laparoscopia es segura en el embarazo y se ha demostrado que no aumenta las complicaciones obstétricas.<sup>4,11</sup> La Sociedad Americana de Gastroenterología y Cirugía Endoscópica (SAGES) la aprueba para cualquier trimestre del embarazo<sup>5</sup>, aunque todavía existen dudas sobre el rol de esta técnica en el final de la gestación.<sup>2</sup> Probablemente sea mejor realizarla durante el segundo trimestre luego de completada la organogénesis fetal.<sup>4</sup> Algunos cirujanos insisten en que en embarazos avanzados la técnica es difícil de realizar dado que el tamaño uterino imposibilita la correcta exposición para la cirugía, aumentando el riesgo de lesión, así como de parto de pretérmino.

La técnica laparoscópica, además de no aumentar las complicaciones, es beneficiosa ya que se asocia a menor dolor postopera-

torio, menor estadía hospitalaria y disminuye el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (ETE).<sup>11</sup>

En una serie de metaanálisis<sup>1</sup> se demostró que, si bien la cirugía tiene riesgos potenciales para la madre y el feto derivados de la anestesia y la radiación, no hubo diferencia en el nacimiento pretérmino y morbilidad materna en comparación con el manejo expectante.

No se ha demostrado diferencia en la vía de nacimiento con las dos posibles conductas.

La maduración pulmonar fetal se recomienda 24 horas previas a la cirugía.

En una serie de más de un millón de pacientes embarazadas<sup>1</sup> se encontró que 0.18% tenían litiasis vesicular, y de estas en un 12.7% se optó por el tratamiento definitivo realizándose colecistectomía y en el 87.3% manejo conservador. En el 19% de las pacientes en las que se mantuvo un manejo conservador se realizó la colecistectomía en el posparto.

El tratamiento médico a instaurar inicialmente no difiere en cuanto a la paciente no embarazada y se basa en la suspensión de la vía oral, fluidoterapia, correcta analgesia, y antibióticos intravenosos si corresponde.<sup>3</sup> En la paciente embarazada se debe tener precaución con la analgesia instaurada luego de las 32 semanas, dado el cierre precoz del ductus arterioso asociado al uso de AINES. Además, el uso de los mismos puede ser causa de oligoamnios.<sup>12</sup> Al suspender la vía oral se debe tener control de la glicemia de las pacientes, a fin de evitar posibles efectos deletéreos fetales por hipoglicemia.

Otra de las opciones terapéuticas es la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) con papilotomía, la cual reduce la aparición de síntomas en el embarazo

y puerperio. La ERCP es una forma efectiva de extraer litiasis de la vía biliar principal. La misma podría realizarse de manera segura durante el embarazo. La principal preocupación al realizar la ERCP es la radiación a la que se expone al feto durante la fluoroscopia. Se estima que el umbral de dosis para generar malformaciones fetales en el primer trimestre es de 100 mSv, por lo que se recomienda que la exposición sea menor a 1 mSv, y menos de 5 mSv en toda la gestación. Distintas series estiman la exposición fetal durante la ERCP entre 0.1 y 3 mSv, por lo que la recomendación es evitar el procedimiento en el primer trimestre, dado que el umbral para generar malformaciones fetales es mucho mayor luego de las 16 semanas de gestación.<sup>13</sup>

Los índices de complicaciones de ERCP en el embarazo no son mayores que en las pacientes no embarazadas, por lo que se puede realizar de forma segura durante la gestación.<sup>13</sup>

## CONCLUSIONES

Esta serie de casos clínicos muestra complicaciones litiásicas a nivel de la vía biliar presentadas por pacientes cursando distintas etapas del estado grávido puerperal. Los tratamientos instaurados fueron diversos, al igual que los resultados.

Se destaca que no hubo en nuestra serie complicaciones materno-perinatales graves.

Dado que no existen pautas de manejo para estos casos, y en vistas a mejorar los resultados perinatales, dichas pacientes deben ser tratadas en un centro de tercer nivel a cargo de un equipo multidisciplinario, lo que ha demostrado mejores resultados materno-perinatales.

Asimismo, sería provechoso desarrollar

un protocolo de manejo de estos casos en conjunto con los servicios de Cirugía, a fin de lograr unificar criterios y mejorar los resultados.

## Bibliografía

1. Ibiebele I, Schnitzler M, Nippita T, Ford JB. Outcomes of Gallstone Disease during Pregnancy: a Population-based Data Linkage Study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017 Nov;31(6):522-530.
2. Jorge AM, Keswani RN, Veerappan A, Soper NJ, Gawron AJ. Non-operative Management of Symptomatic Cholelithiasis in Pregnancy is Associated with Frequent Hospitalizations. *J Gastrointest Surg*. 2015 Apr;19(4):598-603.
3. Lu EJ, Curet MJ, El-Sayed YY, Kirkwood KS. Medical versus surgical management of biliary tract disease in pregnancy. *Am J Surg*. 2004 Dec;188(6):755-9.
4. Athwal R, Bhogal RH, Hodson J, Ramcharan S. Surgery for gallstone disease during pregnancy does not increase fetal or maternal mortality: a meta-analysis. *Hepatobiliary Surg Nutr*. 2016 Feb;5(1):53-7.
5. Soper NJ. SAGES' guidelines for diagnosis, treatment, and use of laparoscopy for surgical problems during pregnancy. *Surg Endosc*. 2011;25:3477-8.
6. Dhupar R, Smaldone GM, Hamad GG. Is there a benefit to delaying cholecystectomy for symptomatic gallbladder disease during pregnancy? *Surg Endosc* 2010;24:108-12.
7. Veerappan A, Gawron AJ, Soper NJ, Keswani RN. Delaying Cholecystectomy for Complicated Gallstone Disease in Pregnancy is Associated with Recurrent Postpartum Symptoms. *J Gastrointest Surg*. 2013;17(11):1953-1959.
8. Paramanathan A, Walsh SZ, Zhou J, Chan S. Laparoscopic cholecystectomy in pregnancy: An Australian retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2015;18:220-223.
9. Jackson H, Granger S, Price R, Rollins M, Earle D, Richardson W, Fanelli R. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc*. 2008;22(9):1917-1927.
10. Weiner E, Mizrahi Y, Keidar R, Kerner R, Golan A, Sagiv R. Laparoscopic surgery performed in advanced pregnancy compared to early pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 292(5):1063-1068.

11. Kwon H, Lee M, Park HS, Yoon SH, Lee CH, Roh JW. Laparoscopic management is feasible for nonobstetric surgical disease in all trimesters of pregnancy. *Surg Endosc*. 2018 Jun;32(6):2643-2649.
12. Antonucci R, Zaffanello M, Puxeddu E, Porcella A, Cuzzolin L, Dolores Pilloni M, Fanos V. Use of Non-steroidal Anti-inflammatory Drugs in Pregnancy: Impact on the Fetus and Newborn. *Curr Drug Metab*. 2012;13(4):474-490.
13. Chan CH, Enns RA. ERCP in the management of choledocholithiasis in pregnancy. *Curr Gastroenterol Rep*. 2012 Dec;14(6):504-10.

# ANTICONCEPTIVOS CON CALIDAD GADOR



# damsel<sup>®</sup>

Drospirenona 3 mg • Ethinilestradiol 0.03 mg

La presentación  
que justifica el cambio



# damsella<sup>®</sup>

Drospirenona 3 mg • Ethinilestradiol 0.02 mg

A su medida:  
**Natural y Personal**



Gador   
Al Cuidado de la Vida

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](http://www.urufarma.com.uy)

Líderes en Anticoncepción en Uruguay



Urufarma

# Cirugía laparoscópica en el manejo de la agenesia vaginal

Arturo Achard Algorta<sup>1</sup>; Washington Lauría<sup>2</sup>;  
Ximena Ribas<sup>3</sup>; Matilde Di Lorenzo<sup>4</sup>; Ricardo Morisio<sup>5</sup>;  
Tatiana Vietinghoff-Scheel<sup>6</sup>; María Benardelli<sup>7</sup>; Cecilia Cuadrado<sup>8</sup>

## Resumen

**Introducción.** Las malformaciones müllerianas del aparato genital femenino representan un verdadero desafío para el ginecólogo, así como un fuerte impacto emocional y psicológico para la paciente.<sup>1</sup> El tratamiento en aquellas pacientes que cuentan con una agenesia vaginal en el síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser se enfoca al tratamiento quirúrgico, ya que el objetivo en estas pacientes es crear una vagina adecuada para una vida sexual normal.<sup>2</sup> En la actualidad la cirugía laparoscópica se recomienda de primera línea, obteniendo con ella

un éxito de hasta el 90%. Habitualmente el alto costo de los materiales para realizar esta cirugía hace problemático su uso para muchas pacientes. Hemos demostrado en este caso que se puede hacer estas cirugías con el mismo éxito, pero con costos ínfimos, usando material al alcance de cualquier técnico.

**Material y métodos.** Se realizó neovagina por tracción y uso de balón expansor vaginal, por abordaje laparoscópico a paciente de 18 años de edad con agenesia de vagina por síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser.

**Resultados.** Se logró la elongación vaginal de 10 cm de longitud y de 5 cm de diámetro en 10 días, con internación de 24 horas en hospital, y con neovagina formada por mucosa vaginal en su totalidad.

**Conclusión.** La técnica utilizada descrita ofrece ventajas sobre todas las técnicas quirúrgicas existentes en cuanto a costo y recuperación.

1 Col. Cal. Clínica Ginecotocológica "B" Hospital de Clínicas  
2 Profesor Director de la Clínica Ginecotocológica "B" Hospital de Clínicas  
3 Médico Psiquiatra  
4 Médico Psiquiatra de niños y adolescentes  
5 Médico Ginecólogo Obstetra  
6 Lic. en Psicología con formación en adolescentes y niños  
7 Lic. Instrumentista  
8 Médica Anestesióloga  
Contacto: drachard@gmail.com

**Palabras clave:** Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser, neovagina, laparoscopia, balón expansor, técnica de Vecchietti.

## Abstract

**Introduction.** Müllerian malformations of the female genital tract represents a real challenge for the gynecologist, as well as a strong emotional and psychological impact for the patient. The treatment in those patients who have a vaginal agenesis in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome focuses on surgical treatment, since the goal in these patients is to create a vagina suitable for a normal sex life. Currently, laparoscopic surgery is recommended first line, obtaining with it a success of up to 90%. Usually the high cost of the materials to perform this surgery make its use problematic for many patients. We have shown in this case that these surgeries can be done with the same success but with very small costs, using material available to anyone.

**Material and methods.** Traction neovagina was performed and use of an expander balloon and laparoscopic approach to an 18-year-old patient with agenesis of the vagina due to Mayer-Rokitansky syndrome -Kuster-Hauser-.

**Results.** Vaginal elongation of 10 cm in length and 5 cm in diameter was achieved in 10 days, with hospitalization for 24 hours in hospital, and with a neo-vagina formed by vaginal mucosa in its entirety.

**Conclusion.** The technique described offers advantages over all existing surgical techniques in terms of cost and recovery.

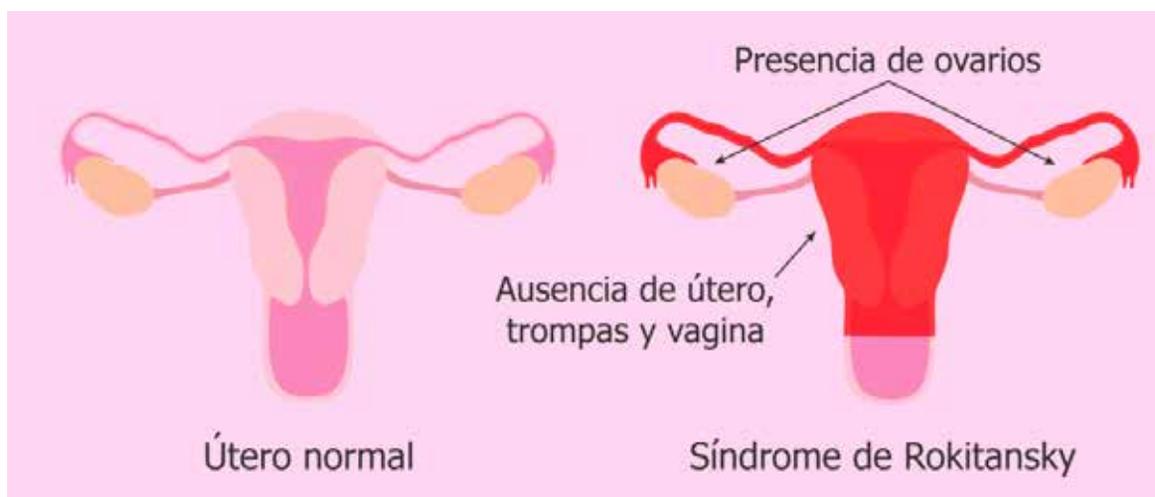
**Key words:** Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome, neovagina, laparoscopy, expander balloon, Vecchietti technique.

## INTRODUCCIÓN

El aparato genital deriva de dos sistemas pares de conductos genitales: los conductos de Wolff o mesonéfricos y los conductos de Müller o paramesonéfricos, que desembocan en la cloaca.<sup>3</sup>

Los conductos de Müller dan origen al útero, trompas y los 2/3 superiores de la vagina. Las malformaciones uterinas aparecen según la edad gestacional en que ocurren los eventos de la interrupción del desarrollo.

En las semanas 5° y 9° se observan las aplasias müllerianas, en las que la malfor-



mación uterina se debe a la falta de desarrollo parcial o total, unilateral o bilateral, de los conductos de Müller. Se asocian a menudo a una malformación vaginal e incluso de otros órganos.

### CLASIFICACIÓN DE AMERICAN FERTILITY SOCIETY

La frecuencia del síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser oscila entre el 4 y el 22% de las malformaciones uterinas mayores según los distintos autores.<sup>4-6</sup> Afecta aproximadamente a 1 de cada 5000 mujeres y es la segunda causa de amenorrea primaria, solo superada por la disgenesia gonadal. Representa casi el 90% de los casos de aplasia vaginal. El cariotipo es normal en casi más del 90% de las pacientes y aunque se sabe de la embriogénesis, se sabe poco de la fisiopatología.

El abordaje médico y psicológico es difícil en las pacientes y su familia, así como explicarles la ausencia del útero y sus consecuencias, la amenorrea y la imposibilidad de lograr un embarazo. La posibilidad de útero subrogado y poder ofrecer una vida sexual normal luego de la cirugía, todo esto llevado a cabo en conjunto, entre el equipo de psiquiatras, psicólogos y ginecólogos, con el apoyo familiar, logró en nuestra paciente una colaboración fundamental para lograr los objetivos perseguidos. El objetivo era crear una vagina normal que requiera a posteriori los menores cuidados posibles y reducir al máximo el impacto emocional y stress existente en la paciente. Es muy importante la información de que la presencia de ovarios normales no altera la naturaleza femenina de la paciente resaltando que la función ovárica es absolutamente normal.

El diagnóstico de la ausencia uterina se

sospecha en aquella paciente que no ha presentado menstruación a los 16 años sin caracteres sexuales o a los 14 años con caracteres sexuales secundarios, el diagnóstico se corrobora por ultrasonido intravaginal (de preferencia) no realizable ante ausencia o hipoplasia de vagina. El momento de la cirugía de neovagina debe ser cuidadosamente elegido por el equipo multidisciplinario, evitándose hacerlo en la infancia dada la evidencia de altas tasas de fracaso.

Existen múltiples cirugías para la realización de neovagina y nos inclinamos ante la cirugía de vaginoplastia descrita y realizada por Vecchietti con balón expansor, por tracción con técnica laparoscópica, la cual hemos modificado y con el material inventado para la misma por motivos de ergonomía y costos.<sup>7-11</sup> La técnica original de Vecchietti se hizo por laparotomía y fue luego modificada por laparoscopia. Se basa en la tracción del manguito vaginal utilizando un aparato especialmente diseñado para esto, que se ubica en el abdomen suprapúbico. La fase de invaginación comienza en el postoperatorio inmediato a razón de 1 cm por día hasta alcanzar los 10 cm y luego se instruye a la paciente a continuar con dilatadores vaginales.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos hecho este trabajo con una paciente seleccionada con el antecedente de agenesia vaginal y diagnóstico de síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser de 18 años de edad con caracteres sexuales secundarios presentes, ultrasonido pélvico que corroboró ausencia de útero y vagina. Presencia de ovarios normales y ausencia de otra anomalía morfológica en TC de abdomen y pelvis. Con dosificaciones hormonales normales. La decisión de la cirugía se llevó a cabo entre

el equipo de salud mental, ginecólogos, paciente y familia. Se realizó un detallado consentimiento informado.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizaron en el preoperatorio los chequeos médicos de rutina y control con anes-tesista. Se indicó 24 horas antes de la cirugía solución laxante para obtener una correcta evacuación intestinal y ayuno para sólidos de 24 horas y 3 horas para agua. La paciente en sala de operaciones se ubicó en posición de litotomía con los muslos en pierneras acolchadas, con muslos a nivel del abdomen y con una conveniente apertura para visualizar correctamente la vulva y el periné. Desinfección con yodopovidona y colocación de sonda vesical a colector. Neumoperitoneo con CO<sub>2</sub> medicinal a 13 mm Hg y 5 litros pm. Realizado con aguja de Verres en punto de Palmer. Se introdujo trócar de 11 mm en Palmer para óptica de 0° con la que se revisó el abdomen y la pelvis, corroborando cintilla uterina a la que continúan ligamen-

tos redondos, trompas y ovarios normales en posición habitual. Ligamentos útero sacros normales en posición habitual. Se colocó segundo trocar de 11 mm en cicatriz umbilical y dos trócares de 5 mm en zona 1 cm superior e interna a ambas espinas ilíacas anterosuperiores, derecha e izquierda. Se pasó la óptica a puerto umbilical y se colocó instrumental en los demás puertos.

Se seccionó peritoneo en inserción bilateral a pared de ambas arterias umbilicales con armónico para realizar túnel peritoneal hasta la inserción de los ligamentos útero sacros bilateralmente; desde la vulva se insertó aguja en el espacio recto uretral que se recuperó intraabdominal con pinza Kelly laparoscópica. Esta aguja está enhebrando con tanza el balón expansor. Se hace pasar la tanza por los túneles peritoneales hasta hacerlos salir suprapúbica y bilateralmente, por lo que quedan subperitoneales y en posición divergente en V desde los ligamentos útero sacros a la salida de las umbilicales.

Se coloca sobre la piel, a nivel suprapúbico, artefacto de acrílico en posición horizon-

**Foto 1.** Uretra y vulva con agenesia vaginal



**Foto 2.** Visualización de Ligamentos útero sacros con agnesia uterina



**Foto 3.**

Inserción de aguja en espacio recto vaginal por vía vaginal, y captura de la misma por vía laparoscópica

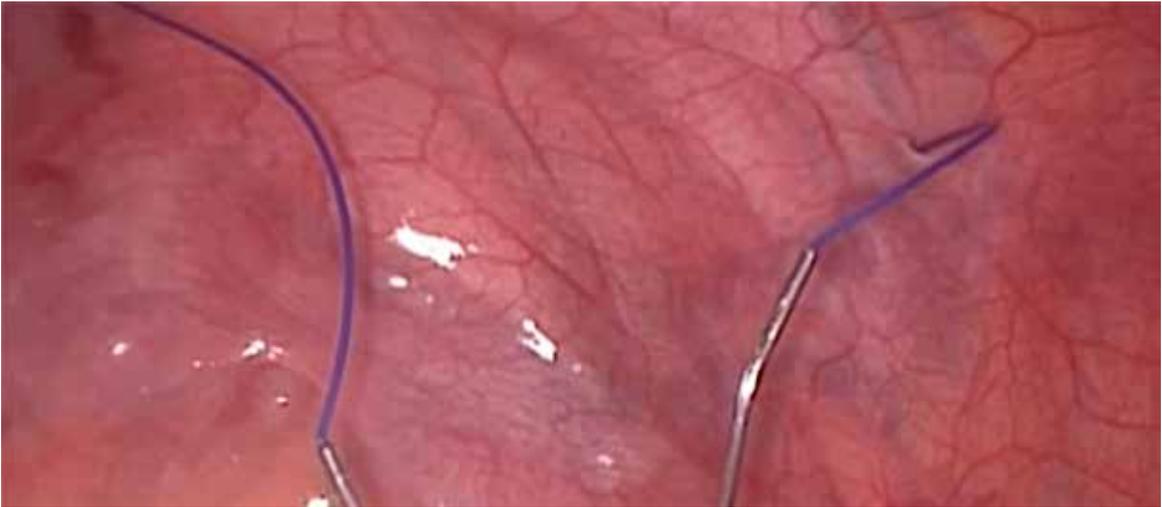


tal, que permite anclar la tanza que sale de cada lado y enrollarla, traccionando el balón expansor de vagina.

Se otorgó alta hospitalaria a las 24 horas, continuando controles diarios en consul-

torio de manera ambulatoria. En cada control se rotó el artefacto 1 cm por día por los siguientes 10 días, tensando y acortando la tanza. Se mantuvo sonda vesical los 4 primeros días, hasta que el balón expansor se

**Foto 4.** Ambos hilos de estiramiento del balón vaginal en posición abdominal



**Foto 5.** Balón expansor vaginal



**Foto 6.** Visión del puerto umbilical con óptica y ambos hilos antes de su fijación en aparato de tracción



profundiza en la vagina, para evitar compresión uretral y dificultad en la micción. Se hizo cobertura antibiótica profiláctica con cefalosporina. Se logró sin mayores molestias y con la paciente en domicilio, 10 cm de lon-

gitud vaginal con 5 cm de ancho en ese lapso. A partir de ese momento se continuó con dilatador vaginal 3 horas diarias con estrógenos tópicos.

No hubo complicaciones, la vagina obte-

**Foto 7.** Hilos de tracción fijos para comenzar rotación y acortamiento progresivo



nida es 100% mucosa vaginal y se ha mantenido sólo con lo descrito.

## RESULTADOS

Se logró una elongación de vagina de 10 cm en 10 días subsiguientes al acto quirúrgico; sin dolor, con mínima invasión con estadía hospitalaria de 24 horas, sin complicaciones, con satisfacción completa de la paciente desde el punto de vista físico y emocional. A partir de la operación se dieron cambios importantes en la paciente en su subjetividad. Estando más madura, con más iniciativa y sin inhibiciones con relación a los chicos.

## CONCLUSIONES

Las malformaciones genitales aún son desconocidas en cuanto a su origen aun cuando se conoce su naturaleza multifactorial. Pero su impacto en el futuro sexual y reproductivo de la mujer pone a prueba la capacidad de los médicos tratantes en resolverlas para otorgar calidad de vida a las pacientes portadoras. Hemos demostrado en este caso que

las técnicas mínimamente invasivas resuelven muchos problemas anatómicos con bajo costo monetario y personal afectivo y emocional. Esto depende fundamentalmente de la idoneidad del equipo tratante y de la relación médico paciente más que nunca en estas patologías.

## Bibliografía

1. Jimenez Huerta J, Quintal-Tejera DF, Ocampo Torres AB, Carrasco Hernández T. Neovagina por tracción y uso de balón expansor por abordaje laparoscópico. *Rev Hosp Juárez Mex* 2012; 79(3):133-139.
2. Unger CA, Paraiso MFR. En: Firoozi F, ed. *Female Pelvic Surgery*. New York: Springer;2014. pp. 267. ISBN 978-1-4939-1504-0. OCLC 941369411. (Acceso: 3/05/18).
3. Lee PA, Nordenström A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Horm Res Paediatr*. 2016;85 (3):158-80. doi:10.1159/000442975. ISSN 1663-2818. PMID 26820577.
4. ACOG Committee Opinion. Müllerian Agenesis: Diagnosis, Management, and Treatment . Disponible en: [www.acog.org](http://www.acog.org). (Acceso: 26/12/17).
5. Liao LM, Wood D, Creighton SM. Parental choice on normalizing cosmetic genital surgery. *BMJ*. 2015;351:h5124. doi:10.1136/bmj.h5124. ISSN 1756-1833. PMID 26416098.
6. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA. Consensus statement on management of intersex disorders. *International Consensus Conference on Intersex*. *Pediatrics*. 2006;118 (2):e488-500. doi:10.1542/peds.2006-0738. PMC 2082839. PMID 16882788^
7. Vecchietti G (1965). [Creation of an artificial vagina in Rokitansky-Küster-Hauser syndrome]. *Attual Ostet Ginecol*. 1965;11 (2):131-47. PMID 5319813.
8. Fedele L, Bianchi S, Tozzi L, Borruto F, Vignali M. A new laparoscopic procedure for creation of a neovagina in Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. *Fert Ster*. 1996;66 (5):854-7. doi:10.1016/S0015-0282(16)58653-1. PMID 8893702
9. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Raffaelli R, Zatti N. Laparoscopic creation of a neovagina in a woman with a kidney transplant: Case Report. *Human Reproduction*. 2000; (3):692-693. doi:10.1093/humrep/15.3.692. (Acceso: 28/05/18).

10. Borruto F, Chasen ST, Chervenak FA, Fedele L. (Feb 1999). The Vecchietti procedure for surgical treatment of vaginal agenesis: comparison of laparoscopy and laparotomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;64(2):153-8. doi:10.1016/s0020-7292(98)00244-6. PMID 10189024. (Acceso: 28/05/18).
11. Callens N, De Cuypere G, De Sutter P, Monstrey S, Weyers S, Hoebeker P, et al. An update on surgical and non-surgical treatments for vaginal hypoplasia. *Hum Reprod Update.* 2014;20 (5):775-801. doi:10.1093/humupd/dmu024. ISSN 1355-4786. PMID 24899229. (Acceso: 28/05/18).



**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

# *florence*<sup>®</sup> 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**



# Prevalencia y resistencia microbiana en las infecciones urinarias de la mujer en el climaterio

Valentina Acevedo<sup>1</sup>; Edgardo Castillo Pino<sup>2</sup>

## Resumen

**Objetivo.** Evaluar la prevalencia y la resistencia microbiana de los gérmenes más frecuentemente involucrados en las infecciones del tracto urinario (ITUs) en mujeres mayores de 50 años de edad.

**Material y método.** Estudio retrospectivo, transversal y observacional. Se analizaron los urocultivos con más de 100.000 UFC, monomicrobiana y sus respectivos antibiogramas en mujeres mayores a 50 años.

**Resultados.** De 350 urocultivos analizados se observó, 51% de *E. coli*, 15% de *Enterococcus fae-*

*calis*, 14% de *Klebsiella pneumoniae*, 7% *Proteus mirabilis* y 5% *Staphylococcus saprophyticus*. El 93% de las mujeres fueron postmenopáusicas. Se constató resistencia microbiana de *E. coli* de 44% a la ampicilina, 27% a la amoxicilina-clavulánico, 19% al cefuroxime, 14% a la ciprofloxacina, 4% a la ceftriaxona, 3% a la nitrofurantoina y 2% al trimetoprim-sulfametoxazol. *Enterococcus faecalis* mostró mayor resistencia para la ciprofloxacina (14%); mientras *Klebsiella pneumoniae* se muestra mayormente resistente a ampicilina (47%).

**Conclusión.** Las mujeres cursando la postmenopausia son frecuentemente afectadas por las ITUs. El principal agente etiológico es *Escherichia Coli* seguido por *Enterococcus faecalis* y *Klebsiella pneumoniae*.

El colibacilo presenta altas tasas de resistencia a los agentes antimicrobianos comúnmente utilizados en la atención primaria. El conocimiento de este perfil epidemiológico es la base para

---

1 Ginecólogo Titular del Hospital de Las Piedras. Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico. (Las Piedras, Canelones) Uruguay  
2 Profesor Agregado de Clínica Ginecotocológica "B". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Ginecólogo Titular del Hospital de Las Piedras (Las Piedras, Canelones). Unidad de Uroginecología y Piso Pélvico. Coordinador de la UDAs de Ginecología del Hospital de Las Piedras, Canelones. Uruguay

Contacto: castillopino@gmail.com

Recibido: 27/6/19. Aceptado: 6/9/19

el tratamiento adecuado y oportuno de nuestras pacientes.

**Conclusión.** La técnica utilizada descrita ofrece ventajas sobre todas las técnicas quirúrgicas existentes en cuanto a costo y recuperación.

**Palabras clave:** *Escherichia coli*, sensibilidad *Escherichia coli*, resistencia antibiótica, infecciones del tracto urinario.

## Abstract

**Objective.** To assess the prevalence and microbial resistance of the germs most frequently involved in urinary tract infections (UTIs) in women over 50 years of age.

**Material and methods.** Retrospective, cross-sectional and observational study. Urine cultures with more than 100,000 CFU, monomicrobial and their respective antibiograms in women over 50 years old were analyzed.

**Results.** Of 350 urine cultures analyzed, 51% of *E. coli*, 15% of *Enterococcus faecalis*, 14% of *Klebsiella pneumoniae*, 7% *Proteus mirabilis* and 5% *Staphylococcus saprophyticus*. 93% of the women were postmenopausal. *E. coli* microbial resistance of 44% to ampicillin, 27% to amoxicillin-clavulanic acid, 19% to cefuroxime, 14% to ciprofloxacin, 4% to ceftriaxone, 3% to nitrofurantoin and 2% to trimethoprim was found -sulfamethoxazole. *Enterococcus faecalis* showed greater resistance to ciprofloxacin (14%); while *Klebsiella pneumoniae* is mostly resistant to ampicillin (47%).

**Conclusion.** Women in postmenopause are frequently affected by UTIs. The main etiologic agent is *Escherichia Coli* followed by *Enterococcus faecalis* and *Klebsiella pneumoniae*. Colibacil has high resistance rates to the antimicrobial agents commonly used in primary care. The knowledge of this epidemiological profile is the basis for the appropriate and timely treatment of our patients.

**Key words:** *Escherichia coli*, sensitivity *Escherichia coli*, antibiotic resistance, urinary tract infections.

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los tipos más comunes de infección bacteriana que se encuentran tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios.

El climaterio es una etapa en la vida de la mujer donde se favorece la posibilidad de desarrollar infecciones del tracto urinario. Esta etapa biológica de la mujer caracterizada por el declinar de la función ovárica provoca, entre sus consecuencias, una alteración del trofismo genital y urinario.

Esta atrofia vulvo-vaginal constituye un factor de riesgo debido a la relación entre la producción de estrógeno, glucógeno y la colonización por lactobacilos, todos los cuales se reducen después de la menopausia.<sup>1</sup>

La colonización de lactobacilos disminuye la colonización de patógenos a través de la producción de ácido láctico debido al metabolismo de la glucosa, lo cual disminuye el pH vaginal.

Por otro lado, las pacientes posmenopáusicas comparten con las premenopáusicas, el riesgo de desarrollar infecciones urinarias recurrentes vinculados a las relaciones sexuales y al grupo sanguíneo.<sup>2,3</sup>

Como es de esperar, una historia de infecciones urinarias durante la premenopausia aumenta el riesgo de recurrencia en la posmenopausia.

Además existen otros factores de riesgo durante esta etapa vital, como son la incontinencia urinaria, el prolapso de la pared vaginal anterior, el aumento del volumen residual de orina y la cateterización urinaria in-

termitente o permanente, todo lo cual predispone a ITU complicadas.

Se ha observado que aproximadamente 4 de cada 10 mujeres con prolapso de órganos pélvicos (POP) tienen dificultad en la evacuación urinaria, lo que resulta en un mayor riesgo de ITU.

El prolapso del compartimento anterior (cistocele) es la forma de prolapso más relacionada con las ITU en forma significativa. Sin embargo, el prolapso del compartimento posterior (rectocele) puede causar un aumento de presión significativa en la uretra, lo que resulta en dificultad en la evacuación y también un mayor riesgo de ITU. El conocimiento a través del examen clínico del estado del piso pélvico y su compartimento afectado es importante para definir un adecuado plan terapéutico para estas infecciones.

Se observó que el tratamiento para las ITU en mujeres con POP que tienen una buena micción no tiene ningún efecto, y por tanto no está indicado.<sup>4</sup> Después de una intervención quirúrgica, el reingreso al hospital y el tiempo de estadía hospitalaria se asocian significativamente con las ITUs.<sup>5</sup>

Algunos estudios han demostrado que la cantidad de orina residual refleja un alto riesgo de ITUs en mujeres con incontinencia urinaria.<sup>6,7,8</sup> Sin embargo, hay datos que indican que los volúmenes de orina residual tan bajos como 30 ml también pueden aumentar el riesgo de ITUs.<sup>5</sup>

La incontinencia urinaria es principalmente un trastorno de almacenamiento que por sí solo no causa infecciones; sin embargo, una ITU puede deberse a una micción incompleta secundaria al tratamiento quirúrgico anti-incontinencia realizado.<sup>9</sup>

La cateterización vesical es un factor de riesgo para las ITU. El uso de catéteres urinarios es la fuente más común de infecciones y bac-

terias Gram negativas en el entorno hospitalario. La incidencia de la bacteriuria y las ITU dependen del tiempo de duración del cateterismo.

La cateterización innecesaria o prolongada es un factor de riesgo adicional, y la asepsia deficiente del orificio uretral es un factor predisponente. La formación de bio-películas en los catéteres después de la cateterización es inevitable. La colonización bacteriana es más rápida dentro de la luz del catéter (48 horas) que en la pared externa del catéter (72-168 horas).<sup>10</sup>

En relación a la prevalencia microbiológica, existen múltiples trabajos que ubican a *Escherichia coli* como la especie uropatógena más común y responsable del 85% de las ITU.<sup>11,12,13</sup>

Los microorganismos que con mayor frecuencia son aislados en este tipo de infecciones son *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Enterococcus spp*, *Pseudomonas spp*, *Proteus spp* y *Staphylococcus saprophyticus*.<sup>12,14,15</sup>

La resistencia a los antimicrobianos es una de las amenazas más importantes para la salud. La infección urinaria en la comunidad constituyen una entidad nosológica muy común, que también se observa a nivel nosocomial por su alta asociación con el uso de catéter urinario. En general, las instituciones públicas tienden a tener mayores tasas de resistencia.<sup>16</sup>

Los antibióticos son clásicamente el método de elección para el tratamiento de las infecciones urinarias y otras infecciones bacterianas.

El uso de antibióticos y su descubrimiento en el siglo XX representan una de las grandes historias de éxito de la medicina.

Tras el descubrimiento de la penicilina y las sulfonamidas, se identificaron 14 clases

diferentes de antibióticos entre 1940 y 1970, y se descubrieron nuevas moléculas dentro de cada grupo.<sup>17</sup> Sin embargo, desde la década de 1980 en adelante, la tasa de descubrimiento de nuevos antibióticos ha declinado de manera constante.

Entre 2003 y 2007, solo cinco agentes antibióticos fueron aprobados por la FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos, constituyendo el número más bajo en 10 años.<sup>18</sup>

Para agravar aún más este problema, en los últimos años, se ha observado un incremento de la resistencia a los antibióticos.

Son varios los factores que contribuyen a la amenaza global de resistencia a los antibióticos. Entre ellos se incluyen, la aparición de microorganismos resistentes a múltiples fármacos, el uso excesivo y prolongado de antibióticos, la cultura de la influencia de “la receta” de antibióticos y el declive en el descubrimiento de nuevos agentes antibióticos.

Los CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos informaron que más de 23.000 muertes fueron causadas por la resistencia a los antibióticos en el año 2013.<sup>19</sup>

Por otro lado se observó que la resistencia a los antibióticos ha aumentado las tasas de mortalidad en un 30 a 44%, ha aumentado la duración de la estancia hospitalaria y ha aumentado los gastos hospitalarios.<sup>20,21,22</sup>

Los pacientes que residen en cuidados crónicos tienen el doble de probabilidades de contraer una bacteria resistente en comparación con los pacientes en centros agudos de los Estados Unidos (14% frente al 6%).<sup>23</sup>

Una investigación realizada en Latinoamérica<sup>12</sup> ha constado una resistencia bacteriana a la ciprofloxacina en más del 20% de las muestras de orina mientras que la resis-

tencia a la ampicilina y al trimetoprim/sulfametoxazol fue superior al 50%.

También se encontró bacterias resistentes a las quinolonas en el 50% de los pacientes hospitalizados por ITU en Asia y el porcentaje de especies resistentes a trimetoprim/sulfametoxazol fue de hasta el 70% en África y América del Sur.<sup>24</sup>

Los carbapenems representan la última línea de defensa en muchos casos de infección resistente, pero las tendencias generales sugieren que la resistencia contra estos agentes está aumentando. En 2013, los CDC informaron que el 11% de las enterobacterias encontradas en el tracto urinario son resistentes al carbapenem.<sup>19</sup>

Por tanto, las opciones de tratamiento antibiótico para las infecciones resistentes a múltiples fármacos son cada vez más limitadas y se necesitan de manera urgente nuevas soluciones y las investigaciones demuestran que es esencial observar la epidemiología local tanto a nivel regional como institucional y determinar los planes de tratamiento en consecuencia.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la prevalencia microbiana y la resistencia antimicrobiana de los gérmenes más frecuentemente involucrados en las infecciones del tracto urinario (ITU) en mujeres mayores de 50 años postmenopáusicas asistidas en un centro público de atención primaria en Las Piedras (Canelones), Uruguay.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y observacional realizada entre el 5 de enero de 2015 al 29 de noviembre de 2017.

En el estudio sólo se incluyeron pacientes ambulatorios de sexo femenino y mayores

de 50 años que presentaban síntomas urinarios sospechosos de una ITU que se asistían en el Hospital de Las Piedras (Canelones, Uruguay).

Se analizaron los resultados de aquellos cultivos de orina con más de 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC) mono-microbianas y sus respectivos antibiogramas.

Los resultados de estos urocultivos fueron obtenidos de la base de datos del Departamento de Laboratorio Clínico a través de gestión con la Dirección del Hospital.

La muestra de orina para cultivo se realizó, por técnica de "chorro medio", según protocolo de la institución.

La presencia de 100.000 UFC por mililitro en el cultivo de una muestra de orina recolectada apropiada permitió registrar el diagnóstico bacteriológico positivo de ITU.

Los urocultivos positivos fueron incluidos en el estudio con los datos clínicos que incluyeron la edad, el sexo femenino, la edad de la menopausia y el lugar de residencia de cada paciente.

Se consideró variables como frecuencia absoluta y relativa de los gérmenes uropatógenos hallados en los cultivos de orina y se analizaron los respectivos antibiogramas con la idea de conocer el porcentaje de resistencia según cada uno de los gérmenes diag-

nosticados.

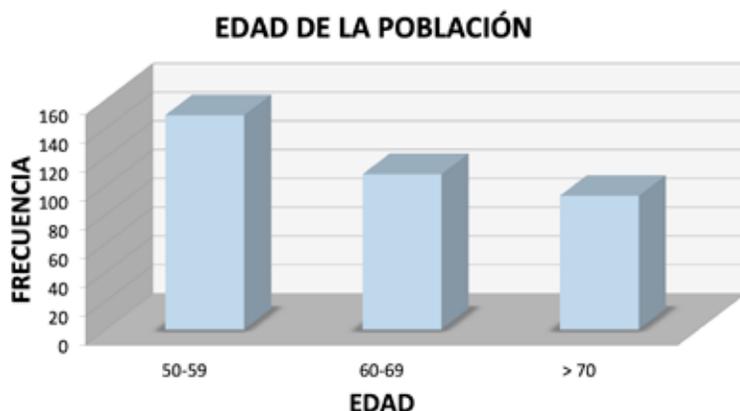
Se excluyó del estudio a cualquier paciente con enfermedad terminal, aquella que no proporcione muestras de orina, con antecedentes de administración de antibióticos en las últimas dos semanas y cualquier mujer que se encontraba en su período de menstruación.

Se usaron estadísticas descriptivas para obtener la prevalencia de ITU, la frecuencia de los uropatógenos y la edad media de las pacientes.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 1050 resultados de cultivo de orina de mujeres mayores de 50 años que se asisten en el Hospital de Las Piedras, en el período de 2015-2017. Se incluyeron para este estudio aquellos que tenían más de 100.000 UFC/ml por lo que el n fue de 350. La edad promedio de las mujeres fue de 64 años con un rango entre 50 a 105 años. 93% de las pacientes fueron postmenopáusicas. La prevalencia de IU bacteriana fue más alta en el grupo de edad 50-59 con una frecuencia de 42,53% en comparación con grupos de 60-69 y mayores de 70 años con frecuencias de 30% y 26,5% respectivamente (Figura 1).

**Figura 1.**  
Distribución por grupos etarios de la población femenina con infección del tracto urinario

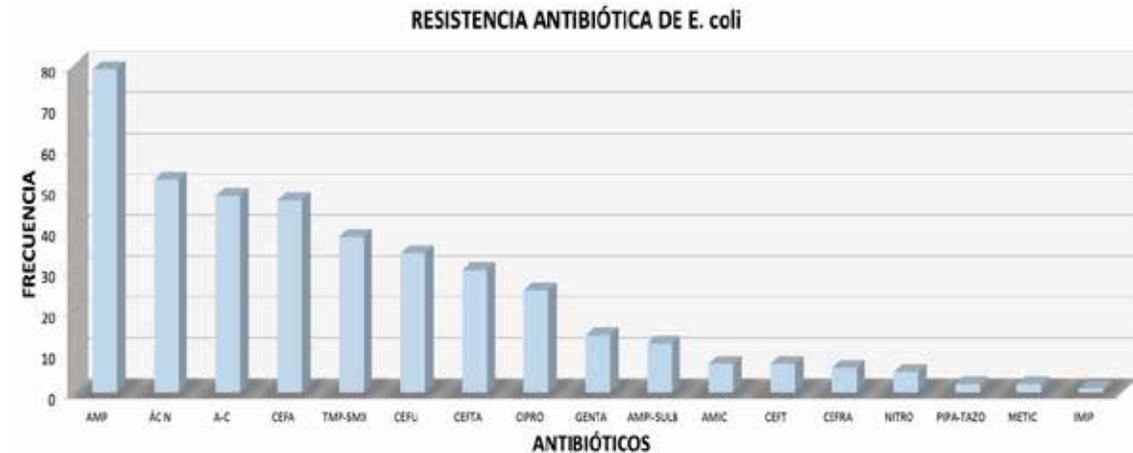


**Tabla 1.** Frecuencia relativa de los microorganismos hallados en las 350 muestras de urocultivos positivos

Microorganismo	Frecuencia
<i>E.coli</i>	179 (51%)
<i>Enterococcus faecalis</i>	54 (15%)
<i>Klesbiella pneumoniae</i>	49 (14%)
<i>Proteus mirabilis</i>	23 (7%)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	16 (5%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	12 (3%)
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	7 (3%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4 (1,1%)
<i>Citrobacter koseri</i>	2 (0,6%)
<i>Morganella morganii</i>	2 (0,6%)
<i>Aeromonas hydrophila</i>	1 (0,3%)
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 (0,3%)

**Figura 2.**

Frecuencia relativa de la resistencia de *Escherichia Coli* a los antibióticos más utilizados



De estos 350 urocultivos se observó que *Escherichia coli* fue el uropatógeno bacteriano más prevalente 179/350 (51%) seguido de *Enterococcus faecalis* 54/350 (15%), *Klebsiella pneumoniae* 49/350 (14%), *Proteus mirabilis* 23/350 (7%) y *Staphylococcus saprophyticus* 16/350 (5%) (Tabla 1).

De los 350 antibiogramas analizados se observó una resistencia microbiana de *E. coli* del 44% a la ampicilina, el 27% a la amoxicilina-clavulánico, el 19% al cefuroxime, el 14% a la ciprofloxacina, el 4% a la ceftriaxona, el 3%

a la nitrofurantoína y el 2% al trimetoprim/sulfametoxazol, entre los antibióticos más utilizados en nuestro medio (Figura 2).

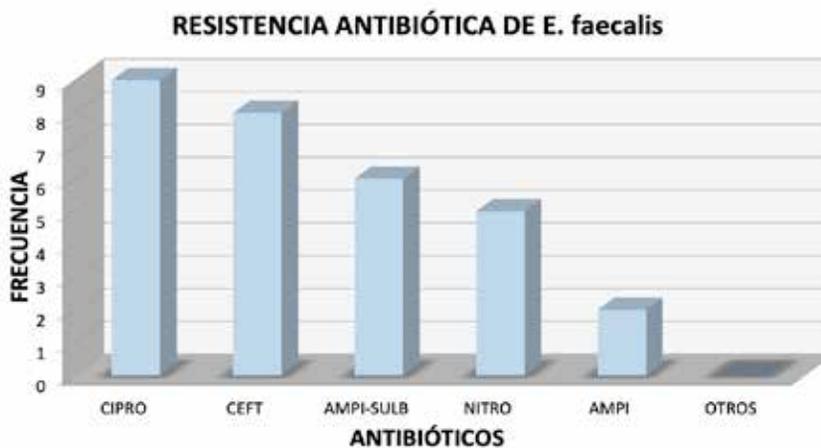
*Enterococcus faecalis* mostró mayor resistencia para la ciprofloxacina (14%); mientras *Klebsiella pneumoniae* se muestra mayormente resistente a la ampicilina (47%) (Figura 3 y 4).

## DISCUSIÓN

La resistencia a los antibióticos es un proble-

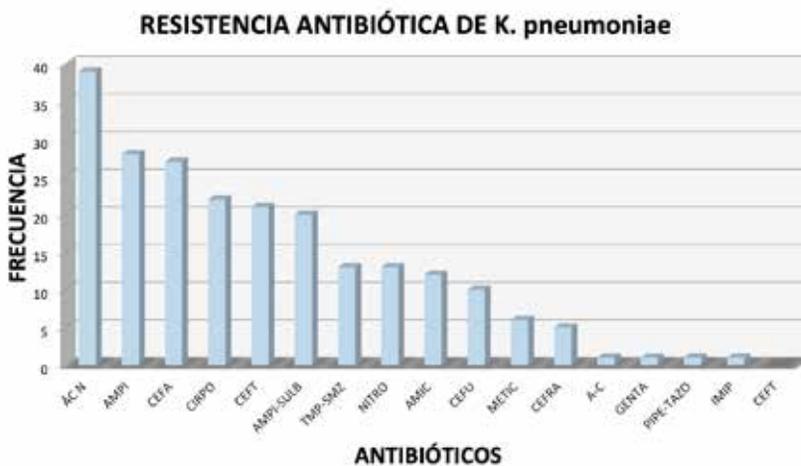
**Figura 3.**

Frecuencia relativa de la resistencia de *Enterococcus faecalis* a los antibióticos más utilizados



**Figura 4.**

Frecuencia relativa de la resistencia de *Klebsiella pneumoniae* a los antibióticos más utilizados



ma de salud global grave debido al impacto en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes, así como en los costos en la atención médica, de ahí la importancia de conocer los gérmenes más frecuentemente involucrados y sus respectivos antibiogramas.

La literatura mundial ubica a los microorganismos uropatógenos más frecuentemen-

te involucrados en las ITUs a *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Enterococcus spp*, *Pseudomonas spp*, *Proteus spp* y *Staphylococcus saprophyticus*.

Debido al aumento de la resistencia microbiana y la disminución del número de antibióticos recién descubiertos, las opciones de tratamiento son cada vez más limitadas.

En 2002 un estudio denominado SENTRY<sup>12</sup> realizado por un grupo de participantes de Latinoamérica demostró que los uropatógenos aislados en los centros médicos de América Latina muestran una alta resistencia a varias clases de agentes antimicrobianos (*E. coli* y *Klebsiella spp* son resistentes a la ciprofloxacina y *P. aeruginosa* es resistente al carbapenem). Además, los resultados de esta encuesta avalan la importancia de las enterobacterias como causa de la ITU en América Latina.

Una revisión de la Cochrane de 2010<sup>25</sup> incluyó 21 estudios de buena calidad, con 6016 participantes, que utilizaron diferentes clases de antimicrobianos para tratar la cistitis aguda en mujeres durante 3 a 10 días. No se observó diferencias entre las clases de antimicrobianos incluidos en esta revisión para la cura sintomática de la ITU no complicada aguda. Las fluoroquinolonas demostraron ser más efectivas que los betalactámicos para el resultado bacteriológico a corto plazo.

Investigaciones realizadas en la región de Las Américas observó que la *E. Coli* presenta una resistencia del 50% para trimetoprim-sulfametoxazol y para la ampicilina. Se observó que la nitrofurantoína es uno de los antimicrobianos que se pueden utilizar en la terapia empírica en ITU donde se sospecha infección por *E. coli*, debido a que es sensible en el 87,7% de los casos.<sup>26,27</sup> Además, se reconoció a *Escherichia coli* como el microorganismo aislado que se encuentra con más frecuencia en muestras recogidas de pacientes con una ITU diagnosticada en aproximadamente el 75-80% de las infecciones urinarias comunitarias.<sup>16,26,27</sup> Especies menos frecuentes de Enterobacteriaceae, tal como *Proteus mirabilis* y *Klebsiella pneumoniae*, y cocos grampositivos como *Staphylococcus saprophyticus* y *Streptococcus agalactiae* son

responsables de la gran mayoría de los episodios restantes.<sup>26</sup>

Este estudio determinó la prevalencia, la etiología y la resistencia bacteriana entre las pacientes que asisten al Hospital de Las Piedras en un período establecido. Mostró que la prevalencia de IU bacteriana en el HLP entre los pacientes que acudían al hospital era de 350/1050 (33,33%)

En esta muestra *Escherichia coli* es el uropatógeno bacteriano más prevalente con 179/350 (51%) acorde con la literatura mundial.

*Enterococcus faecalis* fue el segundo uropatógeno bacteriano más aislado aquí, con una frecuencia de 15% (54/350) seguido de *Klebsiella pneumoniae* con un 14% (49/350). *Staphylococcus aureus* se observó en el 0,3%. Este valor puede explicarse por tratarse de pacientes postmenopausicas y de manejo ambulatorio ya que la frecuencia de este germen aumenta en la premenopausia y en pacientes con cateterismo uretral.

De los antibiogramas analizados, en nuestro estudio, se constató una elevada resistencia microbiana de la *E. coli* (44%), de la *Klebsiella pneumoniae* (47%) y del *Enterococcus faecalis* (47%) a la ampicilina.

También se observó una baja resistencia microbiana del colibacilo a la nitrofurantoína (3%) y al trimetoprim/sulfametoxazol (2%).

De los cultivos de orina positivos se constató que el 42.5% de las mismas correspondían a mujeres entre 50 y 59 años, el 30% entre 60 y 69 años, y el 26.5% en mayores de 69 años, siendo la edad y la menopausia factores asociados a las ITUs.

## CONCLUSIONES

Las mujeres que cursan la postmenopausia temprana son las más frecuentemente afectadas.

tadas por las ITUs donde el principal agente etiológico es *Escherichia Coli* que presenta altas tasas de resistencia a los agentes antimicrobianos comúnmente utilizados en la atención primaria.

Este colibacilo demostró un alto porcentaje de resistencia a ampicilina y amoxicilina-clavulánico, lo que puede comprometer su uso empírico; mientras mantiene una baja resistencia a los aminoglucósidos, a las cefalosporinas de tercera generación, a la nitrofurantoina y al trimetoprim-sulfametoxazol.

Sin embargo, en esta población, se ha visto un incremento en la frecuencia de ITU producida por gérmenes distintos, fundamentalmente *Enterococcus faecalis* y *Klebsiella pneumoniae* que presentan una alta resistencia a la ciprofloxacina y a la ampicilina, respectivamente.

El creciente consumo de antibióticos ha fomentado la aparición de organismos resistentes a múltiples fármacos y los hallazgos de microorganismos resistentes son cada vez más frecuentes.

El conocimiento de este perfil epidemiológico es la base para el tratamiento adecuado y oportuno de nuestras pacientes.

## Bibliografía

1. Raz R. Hormone replacement therapy or prophylaxis in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection. *J Infect Dis* 2001;183(Suppl. 1):S74-S76.
2. Stapleton A. Prevention of recurrent urinary tract infections in women. *Lancet* 1999;353:7-8.
3. Hopkins WJ, Heisey DM, Lorentzen DF, Uehling DT. A comparative study of major histocompatibility complex and red blood cell antigen phenotypes as risk factors for recurrent urinary tract infections in women. *J Infect Dis* 1998;177:1296-1301.
4. Hamid R, Losco G. Pelvic organ prolapse- associated cystitis. *Curr Bladder Dysfunct Rep* 2014;9:175-180.
5. Weintraub AY, Reuven Y, Paz-Levy D, Yohay Z, Idan I, Elharar D, et al. Prevalence and risk factors for urinary tract infection up to one year following midurethral sling incontinence surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;222:146-150.
6. Nygaard I, Brubaker L, Chai TC, Markland AD, Menefee SA, Sirls L, et al. Risk factors for urinary tract infection following incontinence surgery. *Int Urogynecol J* 2011;22:1255-1265.
7. Tseng LH, Liang CC, Chang YL, Lee SJ, Lloyd LK, Chen Ck. Postvoid residual urine in women with stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 2008;27:48-51.
8. Park J, Lavelle JP, Palmer MH. Voiding dysfunction in older women with overactive bladder symptoms: a comparison of urodynamic parameters between women with normal and elevated post-void residual urine. *Neurourol Urodyn* 2016;35:95-99.
9. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-178.
10. Jacobsen SM, Stickler DJ, Mobley HL, et al. Complicated catheter-associated urinary tract infections due to *Escherichia coli* and *Proteus mirabilis*. *Clin Microbiol Rev* 2008;21:26-59.
11. Mulvey MA. Adhesion and entry of uropathogenic *Escherichia coli*. *Cell Microbiol* 2002;4:257-271.
12. Gales AC, Sader HS and Jones RN. Urinary tract infection trends in Latin American hospitals: report from the SENTRY antimicrobial surveillance program (1997-2000). *Diagn Microbiol Infect Dis* 2002;44:289-299.
13. Gikas A, Samonis G, Christidou A, et al. Gram- negative bacteremia in non-neutropenic patients: a 3-year review. *Infection* 1998;26:155-159.
14. Manges AR, Natarajan P, Solberg OD, Dietrich PS, Riley LW. The changing prevalence of drug-resistant Enterobacteriaceae groups in a community: evidence for community outbreaks of urinary tract infections. *Epidemiol Infect.* 2006;134(2):425-431.
15. Akram M, Shahid M, Khan A. Etiology and antibiotic resistance pattern of community acquired urinary tract infection in JNMC Hospital India. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2007;6(4):1-7.
16. Velázquez-Acosta C, Cornejo-Juárez P, Volkow-Fernández P. Resistencia bacteriana de cultivos de orina en un hospital oncológico: seguimiento a diez años. *Salud Públ México.* 2016;58:446-452.
17. Colson A. The antibiotic pipeline: extending the cure, 2008.

- Disponble en: [http://www.extendingthecure.org/sites/default/files/Policy\\_Brief6\\_May08\\_newdrugs.pdf](http://www.extendingthecure.org/sites/default/files/Policy_Brief6_May08_newdrugs.pdf) (Acceso: 10/11/18).
18. <https://www.fda.gov/consumers/.../combating-antibiotic-resistance>
  19. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats in the United States. 2013. Disponible en; <https://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/index.html> (Acceso: 10/11/18).
  20. Dellit TH, Owens RC, McGowan JE, Jr., et al. Infectious diseases society of America and the society for healthcare epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis* 2007;44:159-177.
  21. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis* 2016;62:e51-e77.
  22. Obritsch MD, Fish DN, MacLaren R, et al. Nosocomial infections due to multidrug-resistant pseudomonas aeruginosa: epidemiology and treatment options. *Pharmacotherapy* 2005;25:1353-1364.
  23. Woodworth KR WM, Weiner LM, et al. Vital signs: containment of novel multidrug-resistant organisms and resistance mechanisms — United States, 2006-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67.
  24. Tandogdu Z, Cek M, Wagenlehner F, et al. Resistance patterns of nosocomial urinary tract infections in urology departments: 8-year results of the global prevalence of infections in urology study. *World J Urol* 2014;32 791-801.
  25. Zalmanovici Trestioreanu A, Green H, Paul M, Yaphe J, Leibovici L. Antimicrobial agents for treating uncomplicated urinary tract infection in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
  26. Guevara N, Guzmán M, Merentes A, Rizzi, A Papaptzikos J, Rivero N, Oranges C, Villarroel H, Limas Y. Patrones de susceptibilidad antimicrobiana de bacteria gramnegativas aisladas de infecciones del tracto urinario en Venezuela: Resultados del estudio SMART 2009- 2012. *Rev Chilena Infectol* 2015;32(6):639-648.
  27. Ajú G. Estimación de la resistencia y sensibilidad antimicrobiana en las infecciones del tracto urinario en el primer nivel de atención del área de salud de Montes de Oca, núcleo Vargas Araya, en el periodo enero 2009- diciembre 2010. *Rev Med UCR*. 2012;6(1):1-6. .

# 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

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

# ColpoEstriol<sup>®</sup> *estriol*

**Dos efectivas alternativas  
para un tratamiento completo**



**La alternativa  
estrogénica natural**

  
**TEMISLOSTALO**  
Excelencia farmacéutica

**Gador**   
*Al Cuidado de la Vida*

# Efecto de la analgesia epidural sobre la forma de finalización del embarazo y los resultados neonatales: estudio de cohorte retrospectivo en el Hospital de Clínicas entre 2014-2017

Florencia Feldman<sup>1</sup>; Stefany Viroga<sup>2</sup>; Gerardo Vitureira<sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción.** Las reseñas históricas en la adopción de medidas para aliviar el dolor del parto son tan antiguas como nuestra propia historia. Hoy en día se acepta unánimemente que el bloqueo epidural es el método más eficaz y seguro de analgesia para el trabajo de parto. El efecto de la analgesia del parto sobre los resultados obstétrico-perinatales ha sido discutido frecuentemente.

**Objetivo.** Evaluar el riesgo de desarrollar eventos adversos materno-perinatales con el uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto y parto principalmente de la afectación neonatal y la forma de terminación del embarazo.

**Métodos.** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de los nacimientos ocurridos en la maternidad del Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas desde el 10 de noviembre de 2014 hasta el 10 de noviembre de 2017 con datos recolectados a partir del sistema informático perinatal. Las mujeres que tuvieron como vía de finalización de su embarazo las cesáreas electivas fueron excluidas del estudio, incluyendo pacientes con inicio de trabajo de parto espontáneo o inducido.

**Resultados.** Un total de 1446 pacientes fueron incluidas en el estudio. De estas pacientes, 658 (45,5%) recibieron analgesia del parto mientras que 788 (54,5%) no la recibieron. La afectación neonatal resultó ser más frecuente entre quienes recibieron analgesia, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa: (RR 1.03 para un intervalo de confianza (IC) de 95% (0,81-1,29). Los partos instrumentales fueron significativamente más frecuentes entre quienes recibieron

1 Residente de Clínica Ginecología B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

2 Prof. Adj. de Clínica Ginecología A. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

3 Prof. Adjunto de Clínica Ginecología B. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay

analgesia: RR 1.41 IC95% [1.41-1.91], mientras que la incidencia de cesáreas resultó ser significativamente menor: RR 0.79 IC 95% [0.68-0.91].

**Conclusión.** Los resultados mostrados en cuanto a la analgesia del parto en la Maternidad del Hospital de Clínicas no difieren de los evidenciados en la literatura internacional con respecto a la incidencia del parto instrumental y el índice de cesáreas. Si es discordante en lo referente a la afectación neonatal, lo que puede obedecer a las limitaciones del estudio y por ende no ser concluyente.

*Palabras clave:* analgesia del parto, resultados neonatales, incidencia de cesárea, parto instrumental.

## Abstract

**Introduction.** The historical reviews on the adoption of measures to alleviate the pain of childbirth are as old as our own history. Today it is unanimously accepted that epidural block is the most effective and safe method of analgesia for labor. The effect of labor analgesia on obstetric-perinatal outcomes has been discussed frequently.

**Objective.** To evaluate the risk of developing adverse maternal-perinatal events with the use of epidural analgesia during labor and delivery, mainly of neonatal involvement and the way of termination of pregnancy.

**Methods.** A retrospective cohort study of births occurred in the Gynecology Department of the Hospital de Clínicas from November 10 of 2014 to November 10 of 2017 with data obtained from the perinatal computer system. The women who had the means of ending their pregnancy by elective cesareans were excluded from the study, including patients with onset of spontaneous or induced labor.

**Results.** A total of 1446 patients were included

in the study. Of these patients, 658 (45.5%) received labor analgesia while 788 (54.5%) did not receive it. Neonatal involvement was more frequent among those who received analgesia, but the difference was not statistically significant: (RR 1.03 for a 95% confidence interval (CI) (0.81-1.29). Instrumental deliveries were significantly more frequent among those who received analgesia: RR 1.41 95% CI [1.41-1.91], while the incidence of caesarean section was found to be significantly lower: RR 0.79 95% CI [0.68-0.91]

**Conclusions.** The results shown regarding the analgesia of delivery in the Maternity Hospital of Clínicas do not differ from those evidenced in the international literature with respect to the incidence of instrumental delivery and the rate of cesarean sections. If it is discordant in relation to neonatal involvement, which may be due to the limitations of the study and therefore not be conclusive.

*Key words:* Labour analgesia; neonatal results, incidence of caesarean section, instrumental delivery.

## INTRODUCCIÓN

Las reseñas históricas en la adopción de medidas para aliviar el dolor del parto son tan antiguas como nuestra propia historia.<sup>1</sup> Aunque la intensidad del dolor varía mucho de unas mujeres a otras, numerosos estudios han demostrado que la mayor parte de las parturientas lo califican como severo.<sup>2;3</sup> En el boletín del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) de 2002 se afirma “El parto se acompaña en muchos casos de dolor severo y su presencia constituye por sí sola una clara indicación para el empleo de técnicas analgésicas más allá de cualquier consideración de tipo médico”.<sup>4</sup> Sería recomendable,

por tanto, que la analgesia formara parte del manejo integral del trabajo de parto y parto.

El método de analgesia obstétrica ideal debe reducir al máximo el dolor de las contracciones permitiendo al mismo tiempo que la madre participe activamente de la experiencia. De igual modo, ha de tener efectos mínimos sobre el feto o la evolución del parto.<sup>5</sup> Hoy en día se acepta unánimemente que el bloqueo epidural es el método más eficaz y seguro de analgesia para el trabajo de parto<sup>6</sup> y es la utilizada en este estudio, destacando que en la Maternidad del Hospital de Clínicas se dispone de analgesia epidural realizada por la Cátedra de Anestesiología las 24 horas del día y de forma gratuita. La técnica se basa en la inyección de una combinación de anestésico local y analgésico opioide en el espacio epidural lumbar. Estos difunden en el espacio subaracnoideo donde actúa a nivel de las raíces nerviosas bloqueando la transmisión del potencial de acción, inhibiendo así la nocicepción y la percepción del dolor.<sup>7</sup>

El efecto de la analgesia del parto sobre los resultados obstétrico-perinatales ha sido discutido frecuentemente.

## OBJETIVO

El objetivo de este estudio es evaluar el riesgo de desarrollar eventos adversos materno-perinatales con el uso de analgesia epidural durante el trabajo de parto y parto principalmente de la afectación neonatal y la forma de terminación del embarazo.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de los nacimientos ocurridos en la maternidad del Servicio de Ginecología del

Hospital de Clínicas desde el 10 de noviembre de 2014 hasta el 10 noviembre de 2017, con datos obtenidos del sistema informático perinatal. Las mujeres que tuvieron como vía de finalización de su embarazo las cesáreas electivas fueron excluidas del estudio, incluyendo pacientes con inicio de trabajo de parto espontáneo o inducido.

La población se categorizó en dos grupos de acuerdo a si recibieron o no analgesia del parto. Para cada grupo se describió: edad materna (categorizado en menor o mayor de 35 años), paridad (categorizado en nulípara (sin partos previos) o multípara (un parto o más)), nivel de educación (categorizado como: ninguna, primaria completa, secundaria completa o universitaria), índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo (categorizada como bajo peso: IMC menor a 19 kg/m<sup>2</sup>; normo peso: IMC de 19 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso: IMC de 25 a 29 kg/m<sup>2</sup> y obesidad: IMC mayor o igual a 30 kg/m<sup>2</sup>), acompañamiento durante el trabajo de parto (categorizado en sí o no) y edad gestacional al momento del parto (categorizada como pretérmino: embarazos menores a 37 semanas y término: embarazos mayores o iguales a 37 semanas sí o no) (Tabla 1). Estas variables fueron contrastadas con las pruebas de  $\chi^2$  y exacto de Fisher y se tomó como significancia un valor p menor o igual a 0,01.

Para la evaluación de complicaciones obstétrico-perinatales se calculó el riesgo de parto instrumental con fórceps, tasa de cesárea independientemente de su causa y la afectación neonatal mediante la valoración del Apgar al minuto de vida y a los 5 minutos, considerándose afectación neonatal un Apgar menor o igual a 7 puntos (Tabla 2). Los datos se expresaron a modo de riesgo relativo (RR) con intervalo de confianza al 95% calculado mediante series de Taylor utilizan-

**Tabla 1.** Distribución de las variables: edad, paridad, nivel educativo, índice de masa corporal, acompañamiento durante el trabajo de parto y edad gestacional para los grupos que recibieron y no recibieron analgesia del parto.

		Recibieron analgesia N (%)	No recibieron analgesia N (%)	Valor p
Edad	Menor de 35 años	599 (91%)	677 (85,9%)	0,0034
	Mayor o igual a 35 años	59 (9%)	111 (14,1%)	0,0034
Paridad	Nulipara	321 (48,7%)	244 (31%)	<0,001
	Múltipara	337 (51,3%)	544 (69%)	<0,001
Nivel educativo	Ninguno	16 (2,4%)	26 (3,2%)	<0,001
	Primaria completa	181 (27,5%)	260 (32,9%)	0,024
	Secundaria completa	461 (70,1%)	502 (63,7%)	0,012
Índice de masa corporal (IMC) previo al embarazo	Bajo peso (IMC<18,5)	39 (5,2%)	56 (7,10%)	0,42
	Normopeso (IMC 18,5-24,9)	438 (66,5%)	526 (66,7%)	0,98
	Sobrepeso y obesidad (IMC>24,9)	181 (27,5%)	206 (26,1%)	0,60
Acompañamiento durante el trabajo de parto	Si	630 (95,7%)	758 (96,2%)	0,76
	No	28 (4,3%)	30 (3,8%)	0,76
Edad gestacional al momento del parto	Pretérmino (menor de 37 semanas)	48 (7,3%)	94 (11,9%)	0,004
	Término (mayor o igual de 37 semanas)	610 (92,7%)	694 (88,1%)	0,004

**Tabla 2.** Variables de estudio: Afectación neonatal, parto instrumental y terminación por cesarea y relación con analgesia del parto.

Características	Recibieron analgesia n=658	No recibieron analgesia n=788	RR IC 95%
Apgar al minuto de vida < 7	41 (6,23%)	47 (5,96%)	1,03 [0,81-1,29]
Apgar a los 5 minutos < 7	17 (2,58%)	27 (3,43%)	0,75 [0,41-1,37]
Parto instrumental	57 (8,66%)	22 (2,79%)	1,41 [1,42-1,91]
Terminación por cesárea	137 (20,82%)	223 (28,29%)	0,79 [0,68-0,91]

do el programa OpenEpi Versión 3.01 con tablas de 2x2 disponible en: <http://www.openepi.com/TwoByTwo/TwoByTwo.htm>.

## RESULTADOS

Un total de 1446 pacientes fueron incluidas en el estudio de las cuales 658 (45,5%) recibieron analgesia del parto mientras que 788 (54,5%) no la recibieron.

En la Tabla 1 se muestran las características demográficas de ambos grupos respecto a las variables ya mencionadas.

En cuanto a la edad materna se observó un mayor porcentaje, estadísticamente significativo (valor p 0,0034), de mujeres mayores de 35 años en aquellas que recibieron analgesia del parto respecto a las que no la recibieron (91% vs 85,9%). También se observó mayor porcentaje de nulíparas, estadísti-

camente significativo (valor  $p < 0,001$ ), en las pacientes que recibieron analgesia respecto a las que no. Por último, también existen diferencias significativas en la edad al momento del parto en ambos grupos (valor  $p 0,004$ ).

Sin embargo, no se observan diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos respecto al nivel educativo, IMC y acompañamiento durante el parto.

En la Tabla 2 se presentan los riesgos relativos (RR) del grupo en estudio respecto al grupo control respecto al Apgar al minuto y a los 5 minutos de vida, la tasa de cesárea y de parto instrumental en ambos grupos.

Se observa que el Apgar menor a 7 puntos al minuto de vida es más frecuente en las pacientes que recibieron analgesia del parto respecto a las que no (6,23% vs. 5,96%; RR 1,03 [0,81-1,29]). Sin embargo, se observa que el Apgar menor a 7 puntos a los 5 minutos de vida es más frecuente en pacientes que no recibieron analgesia del parto (3,43% vs. 2,58%; RR 0,75 [0,41-1,37]).

Por otro lado, se observa que la frecuencia de parto instrumental es mayor en el grupo que recibió analgesia del parto respecto a la que no (8,66% vs. 2,79%; RR 1,41 [1,42-1,91]).

Por último, la terminación mediante operación cesárea fue más frecuente en el grupo que no recibió analgesia respecto al que recibió (28,29% vs. 20,82%; RR 0,79 [0,68-0,91]).

## DISCUSIÓN

Según el análisis de los datos, existe un aumento significativo de parto instrumental en pacientes que recibieron analgesia del parto. Estos datos no difieren de lo evidenciado en otros estudios internacionales. Una revisión de Cochrane publicada en 2005 muestra que la analgesia epidural aumenta el

riesgo de parto instrumental (RR 1,38 IC 95% [1,24-1,53]) comparado con los partos sin analgesia.<sup>8</sup>

Por otro lado, en este estudio, la analgesia se presenta como un factor protector para la terminación del embarazo mediante operación cesárea, siendo el mismo estadísticamente significativo. Esto concuerda con el resultado de estudios controlados aleatorizados y revisiones sistémicas que no mostraron diferencias significativas en el riesgo de terminación del embarazo mediante operación cesárea entre mujeres que recibieron analgesia del parto en comparación a las que no la recibieron.<sup>6;9;10-12</sup> Destacando que la revisión Cochrane, anteriormente mencionada, muestra un riesgo aumentado de la misma, pero sin diferencias significativas (RR 1,10 IC 95% [0,97-1,25]).<sup>8</sup>

Por otro lado, en nuestro análisis se vio que la analgesia del parto aumenta el riesgo de Apgar al minuto de vida menor a 7 pero no así cuando el mismo se evalúa a los 5 minutos de vida, sin embargo, los mismos no son significativos por lo que es necesario aumentar el número muestral para obtener resultados concluyentes. La revisión Cochrane 2005 muestra también que no existen diferencias entre los grupos comparados respecto a malos resultados neonatales, admisión a cuidados intensivos neonatales (RR 0,15 IC 95% [0,10-0,23]) y Apgar menor a 7 a los 5 minutos de vida (RR 0,80 IC 95% [0,54-1,20]).<sup>8</sup>

## CONCLUSIONES

Los resultados mostrados en cuanto a la analgesia del parto en la Maternidad del Hospital de Clínicas no difieren de los evidenciados en la literatura internacional con respecto a la incidencia del parto instrumental. Por

otro lado, parece ser que la misma es un factor protector respecto a la terminación mediante operación cesárea. Sin embargo, no se observan resultados concluyentes respecto a la afectación neonatal lo que puede obedecer a las limitaciones del estudio.

## Bibliografía

1. Echevarria Moreno M. Analgesia del parto: ¿qué más podemos hacer?. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010. 17(1):1-2.
2. Melzack R, Kinch R, Dobkin P, Lebrun M, Taenzer P. Severity of labor pain: influence of physical as well as psychological values. *Can Med Assoc J*. 1984. 130(5):579-84.
3. Kangas-Saarela T, Kangas-Karki T. Pain and pain relief in labour: parturients' experiences. *Int J Obst Anesth*. 1994. 3(2):67-74.
4. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists Number 36. *Obstet Gynecol*. 2002. 100(1):177-191.
5. Fernández-Guisasola J, García del Valle S, Gómez-Arnau JI. Técnica combinada subaracnoidea-epidural para la analgesia obstétrica. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2000. 47:207-215.
6. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systemic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002. 186(Suppl 5):S69-77.
7. El-Wahab N, Robinson N. Analgesia and anaesthesia in labour. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2014. 24(4):97-102.
8. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005. (4):CD00031.
9. Liu EH, Sia AT. Rates of caesarean section and instrumental vaginal delivery in nulliparous women after low concentration epidural infusion or opioid analgesia: systemic review. *BJM*. 2004. 328:1410-20.
10. Sharma SK, McIntire DD, Wiley J, Leveno KJ. Labor analgesia and cesarean delivery: an individual patient meta-analysis of nulliparous women. *Anesthesiology*. 2004. 100:142-8.
11. Sharma SK, Alexander JM, Messick G, Bloom SL, McIntire DD, Wiley J, et al. Cesarean delivery: a randomized trial of epidural analgesia versus intravenous meperidine analgesia during labor in nulliparous women. *Anesthesiology*. 2002. 96:546-51.
12. Halpern SH, Muir H, Breen TW, Campbell DC, Barrett J, Liston R, et al. A multicenter randomized controlled trial comparing patient-controlled epidural with intravenous analgesia for pain relief in labor. *Anesth Analg*. 2004. 99:1532-8.
13. tract infections. *Epidemiol Infect*. 2006;134(2):425-431.
15. Akram M, Shahid M, Khan A. Etiology and antibiotic resistance pattern of community acquired urinary tract infection in JNMC Hospital India. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2007;6(4):1-7.
16. Velázquez-Acosta C, Cornejo-Juárez P, Volkow-Fernández P. Resistencia bacteriana de cultivos de orina en un hospital oncológico: seguimiento a diez años. *Salud Públ México*. 2016;58:446-452.
17. Colson A. The antibiotic pipeline: extending the cure, 2008. Disponible en: [http://www.extendingthecure.org/sites/default/files/Policy\\_Brief6\\_May08\\_newdrugs.pdf](http://www.extendingthecure.org/sites/default/files/Policy_Brief6_May08_newdrugs.pdf) (Acceso: 10/11/18).
18. <https://www.fda.gov/consumers/.../combating-antibiotic-resistance>
19. Centers for Disease Control and Prevention. Antibiotic resistance threats in the United States. 2013. Disponible en: <https://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/index.html> (Acceso: 10/11/18).
20. Dellit TH, Owens RC, McGowan JE, Jr., et al. Infectious diseases society of America and the society for healthcare epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis* 2007;44:159-177.
21. Barlam TF, Cosgrove SE, Abbo LM, et al. Implementing an antibiotic stewardship program: guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America. *Clin Infect Dis* 2016;62:e51-e77.
22. Obritsch MD, Fish DN, MacLaren R, et al. Nosocomial infections due to multidrug-resistant pseudomonas aeruginosa: epidemiology and treatment options. *Pharmacotherapy* 2005;25:1353-1364.
23. Woodworth KR WM, Weiner LM, et al. Vital signs: containment of novel multidrug-resistant organisms and resistance mechanisms — United States, 2006–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67.
24. Tandogdu Z, Cek M, Wagenlehner F, et al. Resistance patterns of nosocomial urinary tract infections in urology departments: 8-year results of the global prevalence of infections in urology study. *World J Urol* 2014;32 791-801.
25. Zalmanovici Trestioreanu A, Green H, Paul M, Yaphe J, Leibovici

- L. Antimicrobial agents for treating uncomplicated urinary tract infection in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
26. Guevara N, Guzmán M, Merentes A, Rizzi, A Papaptzikos J, Rivero N, Oranges C, Villarroel H, Limas Y. Patrones de susceptibilidad antimicrobiana de bacteria gramnegativas aisladas de infecciones del tracto urinario en Venezuela: Resultados del estudio SMART 2009- 2012. *Rev Chilena Infectol* 2015;32(6):639-648.
27. Ajú G. Estimación de la resistencia y sensibilidad antimicrobiana en las infecciones del tracto urinario en el primer nivel de atención del área de salud de Montes de Oca, núcleo Vargas Araya, en el periodo enero 2009- diciembre 2010. *Rev Med UCR*. 2012;6(1):1-6. .

# *florence*<sup>®</sup> 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**



# Archivos de Ginecología y Obstetricia (AGO)

## Órgano de la SGU

### OBJETIVOS DE LA REVISTA

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

### ÁREAS DE INTERÉS

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

### HISTORIA DE LA REVISTA

#### PERIODICIDAD

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

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

### CONSEJO EDITORIAL

(Primera página de la revista)

### ÍNDICE DE LA BIBLIOTECA NACIONAL

ISSN 0797– 0803

### COPYRIGHT

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

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

*Official Journal of the SOCIEDAD GINECOTOCOLÓGICA DEL URUGUAY.*

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

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

### HISTORY OF THE MAGAZINE.

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

*EDITORIAL COMMITTEE: First page.*

*Index of the National Library.*

*ISSN 0797– 0803.*

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

### NORMAS DE PUBLICACIÓN

Los artículos entregados para su publicación

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

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

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

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

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

## PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Los trabajos deben presentarse de acuerdo a las siguientes normas:

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

**Página del título.** Debe incluir:

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

### Resúmenes y palabras clave:

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

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

### Texto.

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

### Introducción.

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

### Revisión de la literatura.

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

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

### Material y método.

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

### Normas éticas.

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

### Estadística.

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

### Resultados.

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

### Discusión.

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

### Conclusiones.

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

### Agradecimientos.

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

### Bibliografía.

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

### Artículos de publicaciones periódicas.

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

### Libros y otras monografías.

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

### Autor personal.

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

### Autor corporativo.

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

### Título y subtítulo.

Se anotan tal como aparecen en la publicación.

### Edición.

Se indica en números arábigos, seguida de la abreviatura ed. Ejemplos: 5ª ed. 6ª ed. 5<sup>ème</sup> ed. Si es primera edición, no debe anotarse.

### Pie de imprenta.

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

blación. Ejemplo: México: Interamericana, 1976.

### **Páginas.**

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

### **Parte o capítulo de un libro.**

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

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

### **Tablas.**

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

### **Fotografías.**

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

### **Leyendas de las ilustraciones.**

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

### **Unidades de medida.**

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

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

### **Abreviaturas y siglas.**

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

## **ARQUIVOS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

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

### **OBJETIVOS DA REVISTA.**

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

### **ÁREAS DE INTERESSE.**

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

### **HISTÓRIA DA REVISTA.**

#### **PERIODICIDADE.**

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

#### **COMITÊ EDITORIAL**

Primeira página.

#### **ÍNDICE DA BIBLIOTECA NACIONAL.**

SIN 0797-0803

#### **COPYRIGHT.**

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

## **NORMAS DE PUBLICAÇÃO**

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

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

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

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

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

Os artigos serão vistos pelo Conselho Editorial quem valorarão a forma e o conteúdo e someterão os artigos a arbitragem por duplas, do que podem surgir as seguintes possibilidades: 1) aceitados sem modificações; 2) publicados prévias modificações aceitadas pelos autores e 3) não aceitados. Os motivos da não aceitação e das correções propostas serão notificadas aos autores.

### **PRESENTAÇÃO DO TRABALHO.**

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

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

**Página do título.** Deve incluir:

- Título do artigo redatado em forma concisa

sa mas informativa, com subtítulos se corresponde.

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

### Resúmos e palavras chaves:

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

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

### Texto.

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

### Introdução.

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

### Revisão da literatura.

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

### Material e método.

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

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

### Normas éticas.

Quando se apresentem experimentos sob seres humanos, se 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 ríguoso 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