

265

## LA REALIDAD DE LAS PAREJAS SUBFÉRTILES EN EL ÁMBITO DE UN HOSPITAL PÚBLICO: MATERNIDAD PROVINCIAL DE CÓRDOBA

MT Nuevas, M Guzmán, L Farías, E Oertlinger, G Morales, V González  
Hospital Materno Provincial "Dr. Felipe Lucini", Córdoba, Capital

**Objetivos:** la subfertilidad afecta al 15% de las parejas que buscan embarazo. Recientemente la infertilidad ha sido reconocida como una enfermedad por la OMS y por la Ley Nacional de Fertilización Asistida, la cual obliga a los sectores públicos, obras sociales y empresas de medicina prepaga a dar cobertura de las prácticas de reproducción asistida. Esto permite la posibilidad de acceder a un tratamiento de reproducción a parejas de bajos recursos, para concretar el sueño de ser padres. En los países en vías de desarrollo la causa más frecuente es el daño tubario asociado a infecciones del tracto genital. Nuestro objetivo es determinar la frecuencia de las causas de subfertilidad en el ámbito del hospital público y establecer medidas de prevención.

**Pacientes y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo. Se estudiaron 175 pacientes que fueron atendidas en el consultorio de fertilidad de maternidad provincial, desde agosto de 2012 a agosto de 2013.

**Resultados:** la edad media de las pacientes estudiadas fue de 31 años (19-50); la subfertilidad 1ª es del 43,66% y la 2ª del 56,34%. El tiempo de subfertilidad promedio fue de 4,4 años (3 meses-16 años). El promedio del índice de masa corporal de las pacientes con SOP es de 36,8. Las causas de subfertilidad son ESCA: el 24,42%; obesidad-SOP: el 21,51%; factor tuboperitoneal: el 20,93%; factor ovárico por edad: el 9,30%; factor masculino: el 5,81%; endometriosis: el 5,23%; disfunción ovulatoria: el 4,65%; factor uterino: el 4,07% y otros: el 4,07%.

**Conclusiones:** la alta tasa de factor tuboperitoneal implica la necesidad de tratamientos de alta complejidad. La obesidad, otra de las causas más frecuentes, es una patología de difícil manejo multidisciplinario para lograr corregirla. Estas causas más frecuentes requieren de mayores esfuerzos en políticas de prevención y educación en salud sexual y reproductiva, como por ejemplo, el uso del preservativo, educación alimentaria, promoción de la actividad física y concientización de la población sobre impacto de los hábitos tóxicos en la fertilidad.

**Nro. de citas:** 5.

266

## CÁNCER DE MAMA: CORRELACIÓN DE HALLAZGOS ENTRE RNM Y PIEZA OPERATORIA DE MASTECTOMÍA

R Valfré, S Bosco, S Del Castillo, A Del Castillo, N Garelo, G Martellotto, G Barujel, L Ballarino, R Del Castillo  
Instituto Modelo de Ginecología y Obstetricia (IMGO). Dpto. de Ginecología. Dpto. de Anat. Patológica, Córdoba, Argentina

**Objetivos:** analizar un grupo de pacientes con carcinoma mamario tratadas con mastectomías, estudiadas con resonancia nuclear magnética (RNM) en el preoperatorio; estableciendo una correlación de hallazgos.

**Pacientes y métodos:** se estudian 30 casos tratados con mastectomía, correlacionando hallazgos histopatológicos con imágenes de RNM. Variables analizadas: edad, hallazgo de la RNM, influencia en la decisión terapéutica, número de focos detectados y correlación con la histopatología.

**Resultados:** edad promedio: 49 años (r: 31-70); la RNM evidenció sospecha en 29/30 (96,6%) e influyó en la decisión de la mastectomía en 21/30 (70%); mostrando lesiones unicéntricas en 13/29 (44,8%), multifocales 9/29 (31%) y multicéntricas en 7/29 (24%); por su parte la anatomía patológica (AP) mostró lesiones unicéntricas 15/29 (51,7%), multifocales 5/29 (17,2%) y multicéntricas 9/29 (31%). Al considerar la ubicación topográfica del foco principal (FP) por AP y su correlación con la RNM observamos una discordancia en 6/30 (20%), 2 falsos positivos y 4 falsos negativos; cuando el mismo análisis fue realizado en aquellos casos con FP más un foco accesorio (FA) encontramos discordancia en 7/18 (38,8%), 4 falsos positivos y 3 falsos negativos; y para los casos con FP y dos FA una discordancia de 5/7 (71,4%), 2 falsos positivos y 3 falsos negativos. Todo este análisis nos permite establecer que sobre un total de 55 focos existe una discordancia en 18 (32,6%) entre RNM y AP, lo que implica sobrediagnóstico en 8 focos (14,5%) y subdiagnóstico en 10 (18,1%).

**Conclusiones:** del análisis global surge una alta tasa de sospecha por RNM (29/30: 96,6%), con una manifiesta incidencia de lesiones multifocales y multicéntricas (55%). Sin embargo, al analizar la correlación entre los focos de carcinoma detectados por la AP y la información de la RNM, observamos un incremento de la discordancia directamente proporcional al número de focos. La discordancia global entre RNM y AP fue del 32,6% con el 14,5% de falsos positivos y el 18,1% de falsos negativos.

**Nro. de citas:** 9.

267

## CÁNCER DE OVARIO EN MUJERES MENORES DE 45 AÑOS. ESTUDIO OBSERVACIONAL

JM Mariconde, R Valfré, A Herrera, J Aguilera, E Quaranta, N Garelo

II Cátedra de Ginecología. Prof. Titular Dr. Carlos R. López, Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, UNC, Córdoba, Argentina

**Objetivos:** evaluar las pacientes menores de 45 años con cáncer de ovario y referir los resultados.

**Pacientes y métodos:** estudio observacional descriptivo de 18 pacientes menores de 45 años con diagnóstico de cáncer de ovario. Variables evaluadas: edad, paridad, antecedentes familiares, características clínicas, diagnóstico, tipos histológicos, conductas terapéuticas, evolución y fertilidad ulterior en los casos con cirugías conservadoras.

**Resultados:** la edad promedio fue de 31,5 años (r: 13-44), el 56% tuvieron gestaciones previas y el 44% eran nulíparas; 7 casos (38,8%) presentaron antecedentes familiares de cáncer gineco-mamario. Los tumores epiteliales fueron los más frecuentes con 9 casos (50%): 4 serosos, 4 mucinosos y 1 endometriode, seguidos por 3 casos (16,7%) de disgerminoma; 2 casos fueron bilaterales y 16 unilaterales (9 derechos y 7 izquierdos). La ecografía presentó signos de alta sospecha en el 61,2%, baja sospecha en el 27,8% y resultó normal en 2 casos (11%). En 6 casos con estadios tempranos se realizó tratamiento conservador, con el 50% de embarazos ulteriores (3 casos).

**Conclusiones:** pese a la juventud de nuestro grupo de pacientes, predominan los tumores de origen epitelial (50%), seguidos por el disgerminoma (16,7%). La ecografía aportó datos diagnósticos de relevancia en el 89% de los casos. El diagnóstico temprano es fundamental para detectar la enfermedad en estadios iniciales, lo que permitirá una cirugía preservadora de la fertilidad sin afectar la sobrevida (6 de nuestras pacientes, de las cuales 3 tuvieron embarazos con evolución favorable).

**Nro. de citas:** 11.

268

## MANEJO DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES

A Juárez, M Mariani, E Pierotti, R Valfré, N Garelo

II Cátedra de Ginecología Prof. Titular Dr. Carlos R. López, Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, UNC, Córdoba, Argentina

**Objetivos:** presentar un grupo de pacientes con lesiones mamarias no palpables, estableciendo pautas diagnósticas y terapéuticas.

**Pacientes y métodos:** análisis observacional retrospectivo de 52 casos con lesiones no palpables de la mama. Se evaluaron las imágenes que indujeron la indicación del estudio histopatológico, sus resultados, la resolución terapéutica y anatomía patológica final.

**Resultados:** edad promedio: 50,9 años (r: 27-72). La mamografía orientó al diagnóstico en el 98%, con el 64,7% de microcalcificaciones, el 33,3% de radiodensidades y el 2% de distorsión. Se indicó ecografía en 49 (94,2%), 17 (34,6%) con hallazgos sugestivos de patología. En 25 (48%) se realizó punción biopsia: malignas 15 (60%) y benignas 10 (40%). A 46 (88,4%) se les realizó biopsia radio-quirúrgica; en 6 casos positivos a la punción (in situ: 1; invasores: 5) y con microcalcificaciones extensas se indicó mastectomía. Indujeron el estudio radio-quirúrgico: microcalcificaciones, el 60%; radiodensidades, el 37,8% y distorsión, el 2,2%; un caso solo por sospecha ecográfica. El reporte patológico final de las 46 biopsias radio-quirúrgicas fue

maligno en 20/46 (43,4%) y benigno en 26/46 (56,4%). De los 26 carcinomas (in situ: 4; invasores: 22), 20 (76,9%) recibieron tratamiento conservador y 6 (23,1%) mastectomías. La técnica del ganglio centinela fue realizada en 23 casos (88,5%; 20 con azul patente y 3 azul + Tc99) de los cuales resultaron positivos el 17,4%.

**Conclusiones:** la mamografía es esencial para la detección de lesiones no palpables; induciendo el procedimiento diagnóstico en el 98% de nuestras pacientes. Las microcalcificaciones (64,7%) y radiodensidades (33,3%) fueron las imágenes que orientaron la sospecha diagnóstica. La ecografía fue realizada en el 94,2% de nuestras pacientes y resultó de utilidad como complemento de la mamografía. En las lesiones malignas (26) se realizó técnica del GC en 23 (88,5%), con una tasa de identificación del 100% y una positividad del 17,4% que condice con las tasas observadas en las lesiones malignas no palpables.

**Nro. de citas:** 10.

269

### GANGLIO CENTINELA AXILAR EN CÁNCER DE MAMA. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

F Lastreto, E Quaranta, J Clavijo, R Valfré, N Garelló

II Cátedra de Ginecología Prof. Titular Dr. Carlos R. López, Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología UNC, Córdoba, Argentina

**Objetivos:** analizar nuestra experiencia de diez años (2002-2012) con la técnica del ganglio centinela (GC) en cáncer de mama.

**Pacientes y métodos:** se estudian 109 casos de carcinoma mamario con axila clínicamente negativa en los que se realizó la técnica del GC con colorante (azul patente), en el período octubre 2002-julio 2012. Se evaluaron porcentajes de identificación, valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo positivo (VPP), sensibilidad, especificidad e índices de falsos negativos.

**Resultados:** la distribución por estadios clínicos (TNM) fue: T1N0M0 51 (46,8%), T2N0M0 51 (46,8%) y T3N0M0 7 (6,4%). El tratamiento quirúrgico del tumor fue: conservador en 79 y (72,5%) y mastectomía en 30 (27,5%). Tasa de identificación: 90,8% (99/109), con un promedio de 1,34 ganglios por paciente; el porcentaje de centinelas positivos fue del 20,1% (22/109). Obtuvimos una concordancia del 92,7%; discordancia del 7,3% con un VPN del 94,4%, VPP del 92,7%, índice de falsos negativos (GC intraoperatorio vs. diferido) del 5,6%, con una sensibilidad del 77,3% y especificidad del 96,6%.

**Conclusiones:** la tasa de identificación del GC del 90,8%, si bien se encuentra por debajo de los estándares internacionales, resulta aceptable en un centro de formación quirúrgica. El índice de falsos negativos del GC intraoperatorio respecto a su estudio diferido fue del 5,6%. La selección clínica de pacientes candidatas al GC (N0) fue adecuada; así lo demuestra la baja tasa de GC positivos (20,1%). Consideramos al GC con azul patente como una técnica reproducible y confiable para la estadificación axilar.

**Nro. de citas:** 15.

270

### PATOLOGÍA QUIRÚRGICA VULVAR

M Mamani, R Valfré, JM Mariconde, E Castellani, N Garelló

II Cátedra de Ginecología Prof. Titular Dr. Carlos R. López, Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología UNC, Córdoba, Argentina

**Objetivos:** analizar los resultados de biopsias realizadas por patología vulvar.

**Pacientes y métodos:** estudio observacional retrospectivo de 76 casos con lesiones vulvares sometidas a estudio histopatológico. Se analizaron aspectos clínicos, resultados histopatológicos, vinculación con HPV y modalidades terapéuticas.

**Resultados:** edad promedio: 49,5 años (r: 15-83). Las características clínicas de las lesiones que motivaron la consulta fueron principalmente: lesiones verrugosas 23 (30,3%); despigmentadas: 18 (23,7%); tumorales: 12 (15,8%); exofíticas: 11 (14,5%) y ulceradas: 11 (14,5%). Todas fueron sometidas a biopsia con los siguientes resultados: Ca. epidermoide, 26 (34,3%); adenocarcinoma, 2 (2,6%); condilomas, 18 (23,7%); lesiones distróficas, 13 (17,1%); VIN III 8, (10,5%); fibromas, 4 (5,3%); papilomas, 3 (3,9%); VIN I 2, (2,6%). Se realizaron 57 tratamientos quirúrgicos: vulvectomía total, 21; vulvectomía parcial, 12; escisiones amplias, 24 y en 10 pacientes, tratamiento tópico local. De las vulvectomías totales, 6 recibieron vaciamiento inguinocrural; 11 biopsias del ganglio centinela (GC) (3 seguidos de vaciamiento y 8 sin linfadenectomía). Se realizaron además 6 vulvectomías parciales más GC. Se evaluaron a través de la histopatología signos indirectos de HPV, observados en el 64,6% de patologías benignas y el 35,7% en tumores malignos.

**Conclusiones:** la presencia de lesiones vulvares debe ser analizada detenidamente e indicar biopsia de ellas, teniendo en cuenta la heterogeneidad de su presentación clínica. Tener presente que la patología vulvar puede presentarse en todos los grupos etarios; los condilomas predominan en las mujeres jóvenes (33,5 años) y los VIN III conjuntamente con los carcinomas, alrededor de la 6ª década de la vida. Consideramos a la técnica del GC como un método confiable para la estadificación del carcinoma vulvar; obviando la morbilidad del vaciamiento inguinocrural cuando éste resulta negativo. Resulta destacable la presencia de infección por HPV, especialmente en patologías benignas.

**Nro. de citas:** 11.

272

### IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 19.897 DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN URUGUAY

V de Lima, P Russomanno, V Fiol

Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

**Objetivos:** análisis de las consultas realizadas en policlínica de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCCFAA) sobre interrupción voluntaria del embarazo.

**Pacientes y métodos:** período diciembre 2012-julio 2013. Población: pacientes que consultaron por IVE en policlínica de SSyR. Diseño: análisis descriptivo. Base de datos: libro de registros de policlínica de SSyR.

**Resultados:** en el período analizado un total de 108 mujeres consultaron por IVE de las cuales 84 (77%) interrumpieron el embarazo, de éstas 54 (64%) realizaron el proceso completo de 4 consultas y 30 (36%) no concurren a control posaborto (IVE4). Hubo 24 (22%) pacientes que concurren a las 2 primeras consultas (IVE1 e IVE2) y no llegaron a la instancia donde se ratifica la decisión de interrupción y se indica el tratamiento (IVE3), de las cuales 8 continuaron la gestación y sobre las 16 restantes no contamos con datos posteriores al IVE2. El tratamiento de elección fue médico (mifepristona y misoprostol) y requirieron tratamiento quirúrgico por aborto incompleto 3 pacientes (3,5%).

**Conclusiones:** la mayoría de las pacientes que consultan por IVE finalmente interrumpen la gestación. Aproximadamente un tercio no concurre a control posaborto, lo que, si bien ha mejorado notoriamente con relación a la reglamentación anterior, implica perder una instancia fundamental para diagnóstico y prevención de complicaciones y asesoramiento en anticoncepción para evitar el embarazo no deseado. El tratamiento de elección fue médico y fue efectivo en casi el 100% de los casos; requirió tratamiento quirúrgico por aborto incompleto una minoría. Un grupo de pacientes cercano al 10% continuó la gestación. Creemos que la policlínica ha tenido un funcionamiento correcto aunque existen algunos aspectos importantes por mejorar para garantizar una asistencia integral de la salud sexual y reproductiva de estas pacientes.

**Nro. de citas:** 4.