

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.