# Revista (\*\*) FASGO

Volumen 22 N° 2 – Mayo de 2023

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

# **Contenidos**

# Volumen 22 | Nº 2 - Mayo de 2023

Página 3 Editorial.
Dr. Augusto Ortiz.

Página 7 Autoridades

Página 10 Cambios del Perfil Clínico - Epidemiológico, Tratamiento y Sobrevida del Cáncer

de Mama en Santa Fe Pini Gueli V., Seiref S.

Página 27 Cáncer de Endometrio Concurrente en Pacientes con Diagnóstico de Hiperplasia

Endometrial Atípica Sometidas a Histerectomía en el Hospital Privado

Universitario de Córdoba: Nuestra Experiencia.

Beltramone N., de la Rocha H. G., Travella C., Bonin, M.

**Página 37** Cesárea a demanda: Una tendencia en crecimiento.

Camelli María Romina; Cortese Iara Victoria; Lago Cuentas Cynthia; Martínez

Baltazar Stefania; Narvarte Tomas Agustín

**Página 45** Embarazadas Adolescentes: Riesgos y Consecuencias Perinatales

Dr. Juan Manuel Romero Benítez, Dr. Jorge Gustavo Kundycki, Verónica Ayelén

Romero Benítez, Dra. Alejandra Elizalde Cremonte, Dr. Santiago Elizalde

Cremonte.

**Página 52** Genotipificación del Test De VPH en el Tamizaje Primario para el Cáncer de

Cuello Uterino. ¿Tamizar y Tratar en 16 y 18 Positivos con Citología de Alto

Grado?

Dres Santiago Orrico, Ana Oronel, Claudia Federiche, Paula Venditti, Gustavo

Tanús, Francisco Gago.

Página 60 Factores de riesgo y pronósticos en pacientes con cáncer de mama y embarazo

Medeot V., Clavijo J., Luchini H., Lopez C., Rosato O.

Página 70 Sarcomas Uterinos Experiencia de 25 años en el Hospital Universitario de

Maternidad v Neonatología.

Villarrubia Norma, Mariconde José M., Dionisi Jorge N., Ortiz Florencia, Cortez

Pérez Víctor, Rosato Otilio.

**Página 77** Actinomicosis pélvica: a propósito de dos casos

Ferreyra Henriquez Florencia Daniela; Romero Alina Nahir; Chaloupka Milena;

Papera Ramiro1

Página 88	Embarazo Ectópico Abdominal con Feto Viable  Dr. Salgado, Carlos; Dr. Albónico, Pablo
Página 96	Perfil Epidemiológico de Finalización de Embarazo Adolescente del Hospital Alejandro Gutierrez, Venado Tuerto Arias Agustina Sofía, Berrettoni Fiorella, Correa Agustin, Hernandez Schira Bárbara, Razetto Florencia
Página 100	Embarazo Abdominal Secundario a Dehiscencia en Cicatriz de Cesárea: Reporte de un Caso Clínico Angelica Diaz, Claudia Rosales Ventura, Bastian Gallardo Portius
Página 102	Malformación Arteriovenosa Uterina: Estrategias Diagnósticas y Terapéuticas Giselle Andreina Pelaitay Rodriguez, Rosa Stella Palavecino, Miranda Saravia Adriana Camila, Hugo Rivas
Página 104	Carcinoma Neuroendócrino de Células Grandes de Endometrio con Metástasis Vaginal: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura. Nadia Denise Tyszczenko, Natacha Crevatin, Paola Coronado, Christian Chacon, Horacio Moschen, Lili Díaz, Marcelo Gómez Roca, Alejandro Aragona
Página 106	Hemoglobinuria Paroxística Nocturna y Embarazo, Primera Experiencia en el Hospital Interzonal General de Agudos de Junín en 2022 Milagros Curcio, Carla Savino, Maria Isabel Somma

ISSN 2683-8826

# Editorial

# El impacto de la Inteligencia Artificial en la atención médica y educación en ginecología y obstetricia: Desafíos, Beneficios y Responsabilidad de FASGO

La inteligencia artificial (IA) se ha convertido en una de las tecnologías más importantes de la actualidad. Se aplica en una gran variedad de campos, incluyendo la medicina y la educación médica. En este editorial, se discutirán algunos de los usos actuales de la IA en estos dos campos, y se explorará cómo la IA está ayudando a transformar la forma en que se enseña y se practica la medicina.

# Uso de la IA en la medicina

La IA también se utiliza en el tratamiento de enfermedades. Por ejemplo, los médicos pueden utilizar sistemas de IA para analizar datos de pacientes y prescribir el tratamiento más efectivo para su enfermedad. La IA también se ha utilizado para desarrollar nuevos medicamentos y terapias, y se espera que tenga un papel cada vez más importante en el descubrimiento de nuevos tratamientos y medicamentos en el futuro.

Además, la IA se ha utilizado para mejorar la atención al paciente. Los sistemas de IA pueden analizar grandes cantidades de datos de pacientes para identificar patrones y señales de enfermedades, lo que permite a los médicos identificar y tratar las enfermedades de manera más efectiva. La IA también se puede utilizar para mejorar la eficiencia y la precisión de los sistemas de registro médico electrónico.

En cuanto al uso de la IA en la atención médica en ginecología y obstetricia, hay varios beneficios que se han identificado. Uno de ellos es la mejora en la detección temprana de patologías. La IA se puede utilizar para analizar grandes conjuntos de datos y detectar patrones en ellos que pueden ser difíciles de detectar para los seres humanos. En la obstetricia, por ejemplo, la IA se puede utilizar para analizar los datos de la monitorización fetal y predecir el riesgo de complicaciones durante el parto, como la asfixia neonatal. Además, la IA también puede mejorar la eficiencia y precisión del diagnóstico. Por ejemplo, en la detección de cáncer de mama, la IA puede analizar imágenes de mamografías y detectar anomalías que pueden ser difíciles de detectar para los médicos. También se puede utilizar para personalizar el tratamiento de las pacientes, por ejemplo, en el desarrollo de planes de parto individualizados basados en los datos de la paciente.

Aunque los beneficios de la IA son significativos, también existen riesgos y desafíos asociados con su uso. Uno de ellos es el sesgo y la discriminación si se entrenan con datos incompletos o sesgados. Por ejemplo, si los datos utilizados para entrenar un modelo de IA solo provienen de un grupo específico de pacientes, como mujeres blancas, el modelo puede no funcionar tan bien en pacientes de otros grupos. También existe el riesgo de que la IA pueda reemplazar a los trabajadores humanos en ciertos roles, lo que podría tener implicaciones para el empleo en la industria de la atención médica.

#### Uso de la IA en la educación médica

La IA también está transformando la forma en que se enseña y se aprende la medicina. Una de las aplicaciones más importantes de la IA en la educación médica es el desarrollo de sistemas de simulación médica. Los estudiantes de medicina pueden utilizar estos sistemas para practicar técnicas médicas y procedimientos en un entorno seguro y controlado. Los sistemas de simulación médica pueden imitar una variedad de escenarios clínicos y patologías, lo que permite a los estudiantes adquirir experiencia y habilidades prácticas antes de trabajar con pacientes reales.

La IA también se utiliza en la evaluación del aprendizaje. Los sistemas de IA pueden analizar los datos de los estudiantes, incluyendo sus respuestas a las preguntas y sus patrones de comportamiento, para identificar áreas de fortaleza y debilidad. Los sistemas de IA también se pueden utilizar para proporcionar retroalimentación inmediata y personalizada a los estudiantes, lo que les permite mejorar su aprendizaje de manera más efectiva.

Además, la IA se puede utilizar para personalizar la educación médica. Los sistemas de IA pueden analizar los datos de los estudiantes para identificar sus fortalezas y debilidades, y luego desarrollar planes de estudio personalizados para satisfacer sus necesidades específicas. Esto permite a los estudiantes aprender a su propio ritmo y recibir la atención que necesitan para tener éxito.

# Conclusiones

La inteligencia artificial (IA) es una tecnología que ha revolucionado la medicina y la educación médica en todo el mundo. En la ginecología y obstetricia, la IA se ha utilizado para mejorar significativamente la atención médica, especialmente mediante la detección temprana de patologías, la mejora de la eficiencia y precisión del diagnóstico, y la personalización del tratamiento. Sin embargo, su uso también presenta desafíos y riesgos que deben ser abordados.

Aunque los beneficios de la IA son significativos, también existen riesgos y desafíos asociados con su uso. Uno de ellos es el sesgo y la discriminación si se entrenan con datos incompletos o sesgados. Por ejemplo, si los datos utilizados para entrenar un modelo de IA solo provienen de un grupo específico de pacientes, como mujeres blancas, el modelo puede no funcionar tan bien en pacientes de otros grupos. También existe el riesgo de que la IA pueda reemplazar a los trabajadores humanos en ciertos roles, lo que podría tener implicaciones para el empleo en la industria de la atención médica.

Es fundamental que la IA se utilice de manera correcta en la práctica clínica y que **se establezcan políticas y regulaciones adecuadas para garantizar su uso ético y responsable.** Además, los profesionales médicos deben ser capacitados y entrenados adecuadamente en el uso de la IA para garantizar su correcta implementación y uso.

La Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO) tiene un papel importante en promover la capacitación y el entrenamiento en el uso de la IA en la ginecología y obstetricia en nuestro pais, así como en establecer directrices y políticas para su uso ético y responsable.

# Referencias

- 1. Ginecología y obstetricia en la era de la inteligencia artificial. Materiales del Congreso Anual de la Asociación Americana de Ginecólogos y Obstetras (ACOG) de 2018.
- 2. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Ginecología (ESG) sobre el uso de la inteligencia artificial en la atención obstétrica y ginecológica.
- 3. "El papel de la inteligencia artificial en la medicina", artículo de revisión de la Revista de la Asociación Médica Americana (JAMA).
- 4. "Aplicaciones de la inteligencia artificial en la atención de la salud de la mujer", artículo de revisión de la revista Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.
- 5. "Inteligencia artificial y la atención prenatal", artículo de opinión de la revista The Lancet Digital Health.
- 6. "Desafíos y oportunidades de la inteligencia artificial en la atención médica", artículo de revisión de la revista Nature Reviews.
- 7. "El impacto de la inteligencia artificial en la práctica clínica", artículo de opinión de la revista The New England Journal of Medicine



**REVISTA FASGO** 

Director

Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción

Prosecretario General: Dr. Sebastián Gogorza

Dr. Pablo Sayago

Comité Editorial: Dr. Samuel Seiref

Dra. Claudia Travella

Comité Científico Dr. Mariano Grilli

Dr. Horacio Crespo

Dra. Alejandra Julia Giurgiovich

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2021-2023

Presidente: Dr. Pedro Daguerre Secretario de Actas: Dr. Enrique Elli

Vicepresidente: Dr. Hector Scaravonati Director de Publicaciones: Dr. Augusto Ortiz

Secretaria General: Dra. Mabel Martino Vocales Titulares: Dr. Miguel Huespe

Dra. Graciela Serio

Vocales Suplentes: Dr. Augusto Ortiz
Tesorera: Dra. Claudia Travella

Dr. Mario Kurganoff Dr. Marcelo Kolar

Protesorero: Dr. Constantino Mattar

Dr. Marcelo Kolar

Dr. Alejandra Elizalde Cremonte

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS -

Titulares: Dr. Diego Nogueira Suplentes: Dr. Roberto Tissera

Dr. Roberto Ovando
Dr. Javier Lukestik
Dra. Daniela Rebelo
Dra. Adriana Montivero

TRIBUNAL DE HONOR —

Titulares: Dr. René Del Castillo Suplentes: Dr. Francisco Gago

Dr. Antonio Lorusso Dr. Raúl Winograd

Dr. Roberto Tozzini Dra. Maria Sebastiana Sanchez

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

**Presidente:** Prof. Dr. Luis Augé **Vocales:** Prof. Dr. Néstor Garello

Vicepresidente: Prof. Dr. Héctor Bolatti

Prof. Dra. Alejandra Elizalde Cremonte
Prof. Dr. Edgar Zamuttini

Secretario General: Prof. Dr. Raul Winograd

Prof. Dr. Cdgal Zamuttili

Prof. Dr. Orlando Forastieri

Prosecretario: Prof. Dr. Samuel Seiref

Coordinador General de Evaluaciones de

Residencias:

Secretario de Actas: Dra. Leticia Ojeda Dr. Martín Etchegaray (UBA)

# **Comités Nacionales**

#### ÁREA ACADÉMICA

#### **Escuela FASGO**

#### **Director General**

Dr. Samuel Seiref

#### **Director Honorario**

Dr. Antonio Lorusso

#### Director Área Ginecología

Dr. Martín Echegaray

#### **Director Área Obstetricia**

Dra. Sara Papa

#### Coordinación Área Ginecología

Dr. Mariano Toziano

Dra. Adriana Díaz Montivero

Dr. Guillermo Kerz

Dra. Graciela Ortiz

#### Coordinación Área Obstetricia

Dr. Roberto Votta

Dr. Roberto Tissera

Dr. Nicolás Avila

Dr. Omar Latino

#### **Comité Científico**

#### **Presidente**

Dra. Liliana Voto

#### Asesores

Dr. Néstor Garello

Dr. Leonardo Mezabotta

#### Coordinadores

Dra. Sonia García

Dr. Horacio Crespo

# Comité Congresos Nacionales y

#### Regionales

#### Coordinadores

Dra. Adriana Diaz Montivero

Dr. Leonardo Kwiatkowski

Dra. Sara Papa

#### Comité Derechos Sexuales y Salud Reproductiva

#### Coordinadora

Dra. Silvia Oizerovich

#### **Integrantes**

Dra. Maria del Carmen Tinari de Platini

Dra. Florencia Kiguel

Dra. Rosana González

Dra. Daniela Rebelo

Dra. Fabiana Reyna

Dra. Graciela Ortiz

#### Comité Violencia

#### Coordinadora

Dra. Diana Galimberti

#### **Integrantes**

Dra. Silvia B. Mancini de Gentile

Dra. María Mohedano

Dr. Marcelo Guz

Dra. Sandra Magirena

Dra. Florencia Echevarria Avellaneda

Dr. Roberto Yahni

#### Comité Salud Materna

#### Coordinador

Dr. Roberto Casale

#### **Integrantes**

Dr. Ignacio Asprea

Dra. María Julia Cuetos

Dra. María Soledad Ratto

Dra. Leticia Ojeda

Dr. Javier Lukestik

Dr. Roberto Tissera

Dr. Gerardo Murga

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dra. Claudia Travella

Dr. Nicolas Avila

Dr. Julián Pascale

Dr. Sebastián Sar

Dr. Marcelo Correa

Dr. Eduardo Fernández

Dr. Juan Fazio

#### Comité Revista

#### **Director Editorial**

Dr. Bernardo Kupferberg

#### Secretario Redacción

Dr. Pablo Sayago

#### **Comité Editorial**

Dr. Samuel Seiref

Dra. Claudia Travella

#### **Comité Científico**

Dr. Mariano Grilli

Dr. Horacio Crespo

Dra. Alejandra Julia Giurgiovich

#### Comité de Investigación

#### **Coordinadores**

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dr. Nicolás Avila

#### Integrantes

Dra. Roxana de Giusto

Dra. Marta Bertín

Dr. Guillermo Kerz

Dr. Roberto Keklikián

Dr. Sebastián Pablo Udry

# ÁREA DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL

#### **Comité Ejercicio Profesional**

#### Coordinadora

Dra. Lorena Roca

#### **Integrantes**

Dr. Emilio Martínez Luque

Dr. Jorge Araldi

Dra. Mirna Moyano

Dra. Silvia Ferroni

#### Comité Desarrollo Directivo

#### Coordinadora

Dra. Graciela Serio

#### **Integrantes**

Dr. Mario Kurganov

Dra. María del Carmen Tinari

#### Comité Aspectos Legales y Bioética

#### Coordinador

Dr. Roberto Keklikian

#### **Integrantes**

Dra. Alejandra Elizalde Cremonte

Dr. Javier Lukestik

Dr. Florencio Casavilla

Dr. Santiago Elizalde

Dr. Mario Kurganoff

Dra. Marta Bertín

# Comité Vinculación con Instituciones Nacionales e Internacionales

#### Coordinadores

Dr. Néstor Garello

Dr. Héctor Bolatti

#### ÁREA ADMINISTRATIVA Y DE GESTIÓN

#### Comité Administración Eficiente de Recursos

#### **Presidente**

Dr. Pedro Daguerre

#### Coordinadores

Dra. Claudia Travella

Dr. Constantino Mattar

#### Comité Membresía

#### Coordinadora

Dra. Sara Papa

#### **Coordinadores Regionales**

Dr. Mario Kurganoff

Dra. Sonia Molina

Dr. Augusto Ortiz

Dr. Mariano Rossini

Dra. Claudia Trejo

Dra. Silvia Gómez

#### **Comité Comunicación**

#### Coordinadora

Dr. Augusto Ortiz

#### **Integrantes**

Dr. José María Mariconde

Dra. María Soledad Ratto

# Cambios del Perfil Clínico - Epidemiológico, Tratamiento y Sobrevida del Cáncer de Mama en Santa Fe

Autores: Pini Gueli V<sub>1</sub>, Seiref S<sup>2</sup>

#### Resumen

**Objetivos**: Estudiar los cambios en el perfil clínico-epidemiológico de las pacientes con cáncer de mama en la ciudad de Santa Fe durante el periodo 1998 – 2021.

**Pacientes y Métodos**: Estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Se utilizaron datos de historias clínicas, registro civil y sistema de atención primaria de la salud (SiCAP). Los datos se analizaron con el software SPSS 19.

**Resultados**: Se observó una tendencia al aumento en el número anual de casos. La edad promedio fue de 55 años con tendencia decreciente. El estadio II y el perfil inmunohistoquímico Luminal A fueron los más comunes en todas las edades. En todos los estadios el perfil más frecuente fue el Luminal A. El perfil Her fue el menos común en todos los casos, a excepción del estadio 0. El tratamiento quirúrgico más frecuente fue conservador. El 82,34% (n=858) de las pacientes sometidas a cirugía, recibieron tratamiento adyuvante.

La mortalidad global fue del 26,02%. El perfil con mayor porcentaje de óbitos fue el Her. A los 10 años de observación: la mayor proporción de muertes se dio a edades mayores (> 75 años) y la menor en pacientes de 36 a 45 años, el grupo etario con mayor supervivencia fue de 46 a 55 años con 76,8%. Los estadios avanzados (III y IV) tuvieron mayor impacto sobre la sobrevida.

**Conclusiones**: El número de pacientes aumentó en los últimos 23 años. La edad promedio mostró una tendencia decreciente. La edad avanzada, los perfiles Triple Negativo y Her y los estadios avanzados tuvieron mayor impacto en la sobrevida global.

Palabras claves: Cáncer de Mama, Epidemiología, Sobrevida, Perfil Inmunohistoquímico.

#### **Abstract**

**Purpose**: Describe clinical and epidemiological profile changes of breast cancer diagnosed women in Santa Fe, Argentina between 1998-2021.

**Subjects and Methods**: A descriptive, transversal and retrospective study was performed. Data was collected from medical records, civil registry and primary health attention system (SiCAP). Data was analyzed using SPSS 19 statistics.

**Results**: An upward trend in the annual number of cases was observed. The average age of diagnosis was 55 years. Stage II and profile Luminal A were the most common in all ages. In all stages the most diagnosed profile was Luminal A, Her profile was the least common in all

cases except for stage 0. Conservative surgery was the most frequent. 82,34% of the patients who underwent surgery received adjuvant treatment.

The global mortality was 26,02%. The immunohistochemical profile with the highest percentage of deaths was Her. After 10 years of observation: the highest proportion of deaths occurred at older ages (> 75 years) and the lowest in patients between 36 and 45 years, the age group with the highest survival was 46 to 55 years with 76.8%. The most advanced stages (III and IV) had a greater impact on survival.

**Conclusions**: The number of diagnosed patients increased in the last 23 years. The average age at diagnosis had decreasing trend. Older patients, Triple Negative and Her profiles and advanced stages had the greatest impact on overall survival.

Keywords: Breast Cancer, Epidemiology, Survival, Inmunohistochemical Profile

# Introducción

El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres. En Argentina, fue responsable del 18,9% de la mortalidad total por cáncer el año 2020 y a su vez, correspondió a la primera causa de muerte por tumores en el sexo femenino (1,2). Su incidencia en el país el año 2020, fue de 22.024 casos, representando el 16,8% de los nuevos diagnósticos de tumores malignos y casi un tercio de los cánceres femeninos incidentes (3). En la provincia de Santa Fe, la tasa de mortalidad por cáncer de mama entre los años 2013 y 2015 fue de 29,5 cada 100.000 habitantes por año (4).

La supervivencia asociada a cáncer de mama es multifactorial, la falta de acceso a la atención y el diagnóstico tardío son algunos de los factores. La edad es un factor pronóstico contradictorio, así, el peor pronóstico se ve en mujeres menores de 35 años y el mejor en mayores de 65 años (5).

La sobrevida de esta patología ha ido aumentando en los últimos años, posiblemente debido al diagnóstico precoz y a la mejora del tratamiento y seguimiento. Sin embargo, durante la pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), se constataron demoras en el diagnóstico y tratamiento de las pacientes debido a la suspensión de los programas de prevención <sup>(6)</sup>.

Se torna fundamental contar con datos locales actualizados y fidedignos con el fin de orientar la toma de decisiones en materia de Salud Pública, prevención y tratamiento del cáncer de mama, adecuadas al comportamiento de la enfermedad en la población de estudio.

# **Objetivos**

Estudiar el número de casos por año, la edad y estadio al diagnóstico, tratamientos recibidos y supervivencia global, según estadio, edad y perfil inmunohistoquímico de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.

# Pacientes y Métodos

Estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de 1318 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de los servicios de Ginecología y Oncología del Hospital J. B. Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe y del Centro de Especialidades Médicas de Santa Fe (CEMAFE), en el período 1998-2021. Adicionalmente se incluyeron como herramientas para la obtención de datos: el Sistema Informático de Atención Primaria de la Salud (SICAP) y el padrón del Registro Civil de la Provincia de Santa Fe.

Se evaluó: el número de pacientes por año, la edad y estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, perfil inmunohistoquímico del tumor, tratamientos recibidos y sobrevida global, según el estadio, la edad y el perfil hormonal de las pacientes. Los datos se procesaron mediante el Software SPSS versión 19.

El perfil clínico epidemiológico se elaboró con el total de las pacientes, exceptuando el análisis descriptivo del estadio al momento del diagnóstico y del perfil inmunohistoquímico del tumor donde se excluyeron los datos perdidos.

El estadio al momento del diagnóstico fue determinado según las especificaciones de la AJCC *Cancer Staging Manual* (7). El perfil inmunohistoquímico se determinó según la presencia de receptores hormonales (estrógenos y/o progesterona), Her2/neu y porcentaje Ki67 (proteína marcadora de proliferación celular); este se estableció en los subtipos: Luminal A, Luminal B, tipo Her y Triple Negativo (6).

En lo que respecta al análisis de la sobrevida, el porcentaje de esta se calculó al año, 3, 5 y 10 años, se excluyeron las pacientes diagnosticadas entre el 2012 y 2021 por no cumplir 10 años de seguimiento. Se utilizó el método de Kaplan Meier. Las pacientes incluidas en el estudio cuya supervivencia supera el punto de corte establecido se consideraron datos censurados.

Para el análisis de la relación entre variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrado de Pearson. La significancia estadística se fijó en α=0,05.

# Resultados

#### Perfil clínico-epidemiológico

Se observó una tendencia al aumento en el número anual de casos, registrándose la menor cantidad en 1998 y la mayor en 2015 equivalentes al 1,97% (n=26) y 7,73% (n=102) respectivamente. Se constató una disminución significativa del número de casos diagnosticados el año 2021 (en comparación con los 8 años anteriores), que corresponden al 4,09% (n=54) (gráfico 1).

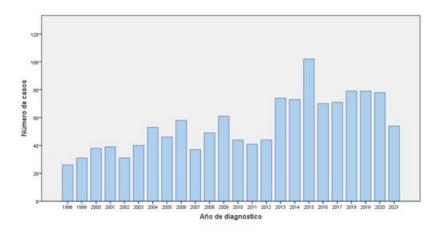


Gráfico 1. Número de casos por año

La edad mínima al diagnóstico fue de 17 años y la máxima de 89, con una mediana coincidente con la media de 55 y un desvío estándar de 13,3 años. La edad promedio al diagnóstico se presenta en la tabla 1 y en el gráfico 2.

Al analizar estos datos se comprobó una tendencia a la disminución, con un promedio de 60,42 en el año 1998, 55,84 en el 2010 y de 52,5 en el año 2021 (gráfico 3).

Año de diagnóstico	Promedio de edad (años)
1998	60,42
1999	55,8
2000	54,31
2001	55,66
2002	59,67
2003	59,8
2004	55,24
2005	58,71
2006	57,25
2007	55,78
2008	56,14
2009	52,95
2010	55,84
2011	57,09
2012	56,68
2013	56,86
2014	53,15
2015	55,4
2016	56,5

2017	53,64
2018	56,25
2019	51,74
2020	53,48
2021	52,5

Tabla 1. Promedio de edad por año de diagnóstico

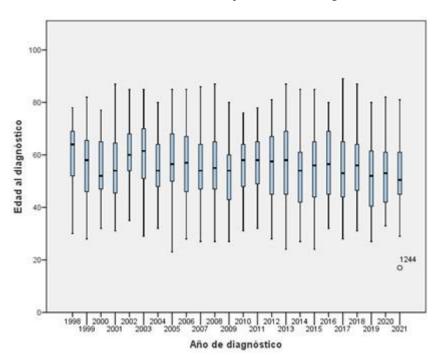


Gráfico 2. Promedio de edad según el año diagnóstico

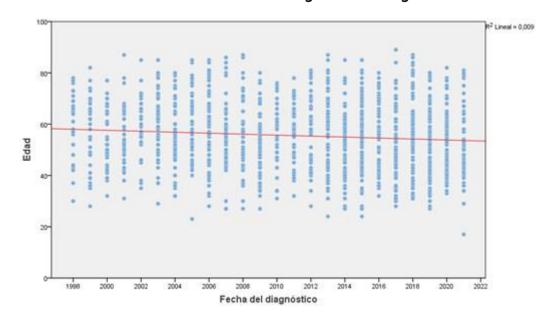


Gráfico 3. Edad según el año de diagnóstico

Al momento del diagnóstico, 2,42% pacientes (n=32) presentaron estadio 0 (carcinoma in situ), 18,96% (n=250) estadio I, 42,86% (n=565) estadio II, 18,89% (n=249) estadio III y 5,99% (n=79) estadio IV. En 10,84% de los casos (n=143) no se encontraron los datos. El estadio más frecuentemente diagnosticado a lo largo de los años fue el II y el menos frecuente el 0 (gráfico 4). El porcentaje de cada estadio según el año se presenta en la tabla 2.

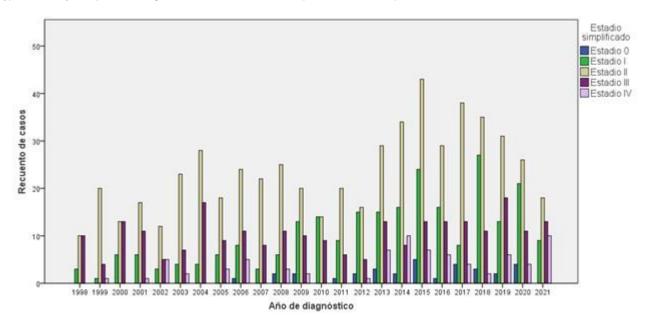


Gráfico 4. Casos de cada estadio según el año diagnóstico

Tabla 2. Porcentaje de cada estadio según el año diagnóstico

	Estadio 0	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
1998	0% (n=0)	13% (n=3)	43,5% (n=10)	43,5% (n=10)	0% (n=0)
1999	0% (n=0)	3,8% (n=1)	76,9% (n=20)	15,4% (n=4)	3,8% (n=1)
2000	0% (n=0)	18,8% (n=6)	40,6% (n=13)	40,6% (n=13)	0% (n=0)
2001	0% (n=0)	17,1% (n=6)	48,6% (n=7)	31,4% (n=11)	2,9% (n=1)
2002	0% (n=0)	12% (n=3)	48% (n=12)	20% (n=5)	20% (n=5)
2003	0% (n=0)	11,1% (n=4)	63,9% (n=23)	19,4% (n=7)	5,6% (n=2)
2004	0% (n=0)	8,2% (n=4)	57,1% (n=28)	34,7% (n=17)	0% (n=0)
2005	0% (n=0)	16,7% (n=6)	50% (n=18)	25% (n=9)	8,3% (n=3)
2006	2% (n=1)	16,3% (n=8)	49% (n=24)	22,4% (n=11)	10,2% (n=5)
2007	0% (n=0)	9,1% (n=3)	66,7% (n=22)	24,2% (n=8)	0% (n=0)
2008	4,3% (n=2)	12,8% (n=6)	53,2% (n=25)	23,4% (n=11)	6,4% (n=3)
2009	4,3% (n=2)	27,7% (n=13)	42,6% (n=20)	21,3% (n=10)	4,3% (n=2)
2010	0% (n=0)	37,8% (n=14)	37,8% (n=14)	24,3% (n=9)	0% (n=0)
2011	2,8% (n=1)	25% (n=9)	55,6% (n=20)	16,7% (n=6)	0% (n=0)
2012	5,1% (n=2)	38,5% (n=15)	41% (n=16)	12,8% (n=5)	2,6% (n=1)

2013	4,5% (n=3)	22,4% (n=15)	43,3% (n=29)	19,4% (n=13)	10,4% (n=10)
2014	2,9% (n=2)	22,9% (n=16)	48,6% (n=34)	11,4% (n=8)	14,3% (n=10)
2015	5,4% (n=5)	26,1 (n=24)	46,7% (n=43)	14,1% (n=13)	7,6% (n=7)
2016	1,5% (n=1)	24,6% (n=16)	44,6% (n=29)	20% (n=13)	9,2% (n=6)
2017	6% (n=4)	11,9% (n=8)	56,7% (n=38)	19,4% (n=13)	6% (n=4)
2018	3,8% (n=3)	34,6% (n=27)	44,9% (n=35)	14,1% (n=11)	2,6% (n=2)
2019	2,9% (n=2)	18,6% (n=13)	44,3% (n=31)	25,7% (n=18)	8,6% (n=6)
2020	6,1% (n=4)	31,8% (n=21)	39,4% (n=26)	16,7% (n=11)	6,1% (n=4)
2021	0% (n=0)	18% (n=9)	36% (n=18)	26% (n=13)	20% (n=10)

En la Tabla 3 se muestran los porcentajes de cada perfil según el año de diagnóstico. La caracterización inmunohistoquímica mostró que el 41,88% (n=552) fueron Luminal A, 12,89% (n=170) Luminal B, 10,09% (n=133) Triple Negativo, 4,85% (n=64) Tipo Her. En el resto de los casos no fue posible definirla (n=399) (gráfico 5).

Tabla 3. Porcentaje de cada perfil inmunohistoquímico según el año diagnóstico

	Luminal A	Luminal B	Triple Negativo	Tipo Her
1998	100% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
1999	100% (n=10)	0% (n=0)	0% (n=0)	0% (n=0)
2000	94,7% (n=18)	5,3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)
2001	90,9% (n=10)	0% (n=0)	9,1% (n=1)	0% (n=0)
2002	70% (n=7)	10% (n=1)	20% (n=2)	0% (n=0)
2003	61,1% (n=11)	5,6% (n=1)	27,8% (n=5)	5,6% (n=1)
2004	59,3% (n=16)	0% (n=0)	40,7% (n=11)	0% (n=0)
2005	63,3% (n=19)	0% (n=0)	36,7% (n=11)	0% (n=0)
2006	65,8% (n=25)	5,3% (n=2)	23,7% (n=9)	5,3% (n=2)
2007	51,6% (n=16)	9,7% (n=3)	32,3% (n=10)	6,5% (n=2)
2008	51,4% (n=19)	8,1% (n=3)	18,9% (n=7)	21,6% (n=8)
2009	73,3% (n=33)	11,1% (n=5)	2,2% (n=1)	13,3% (n=6)
2010	63,9% (n=23)	16,7% (n=6)	11,1% (n=4)	8,3% (n=3)
2011	60,5% (n=23)	13,2% (n=5)	13,2% (n=5)	13,2% (n=5)
2012	66,7% (n=22)	9,1% (n=3)	9,1% (n=3)	15,2% (n=5)
2013	64,2% (n=34)	5,7% (n=3)	15,1% (n=8)	15,1% (n=8)
2014	66,7% (n=30)	11,1% (n=5)	17,8% (n=8)	4,4% (n=2)
2015	69,8% (n=44)	14,3% (n=9)	12,7% (n=8)	3,2% (n=2)
2016	70,2% (n=40)	7% (n=4)	15,8% (n=9)	7% (n=4)
2017	71,2% (n=42)	18,6 (n=11)	8,5% (n=11)	1,7% (n=1)

2018	47,6% (n=30)	39,7% (n=25)	6,3% (n=4)	6,3% (n=4)
2019	36,6% (n=26)	43,7% (n=31)	12,7% (n=9)	7% (n=5)
2020	39,7% (n=29)	45,2% (n=33)	11% (n=8)	4,1% (n=3)
2021	44,9% (n=22)	38,8% (n=19)	10,2% (n=5)	6,1% (n=3)

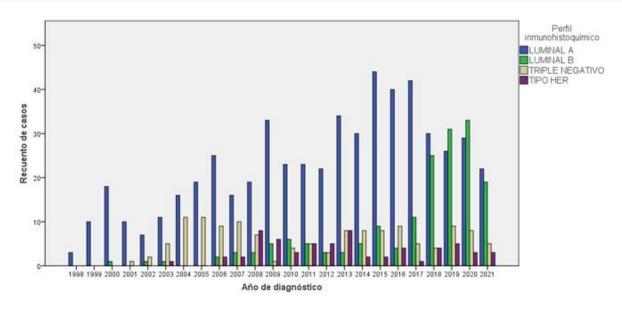


Gráfico 5. Porcentaje de cada perfil inmunohistoquímico según el año

Se analizó el porcentaje de casos de cada estadio al diagnóstico según la edad. Para tal fin se dividió a la población de estudio en 7 grupos etarios (< 36, 36 – 45, 46 – 55, 56 – 65, 66 – 75, 76 – 85 y > 85 años). En todas las edades, el estadio II fue el más frecuente. El estadio III fue el segundo en frecuencia en las pacientes menores de 36 años, con un 37,2% del total del grupo etario (n=29), seguido de las pacientes mayores de 85 años con un 33,3% (n=2), las de 76 – 85 con un 26,7% (n=23), las de 36 – 45 años con un 21,4% (n=48) y las de 46 – 55 con un 20,8% (n=59). El estadio IV fue el tercero en frecuencia en las pacientes menores de 36 años con un 10,3% del total de casos de ese grupo etario (n=8). Se excluyeron los datos perdidos. En este análisis se encontró una diferencia estadísticamente significativa (p=0,005). La frecuencia de casos de cada estadio según la edad se muestra en el gráfico 6.

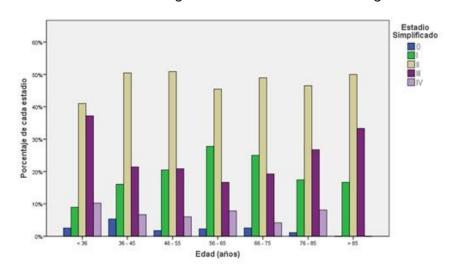


Gráfico 6. Porcentaje de casos de cada estadio según la edad

El perfil inmunohistoquímico Luminal A fue el más diagnosticado en todas las edades. El segundo perfil en frecuencia para las menores de 36 años fue el Triple Negativo con un 25% del total de los casos (n=16). El perfil Luminal B compartió el segundo lugar en frecuencia con el Triple Negativo en las pacientes de 76 a 85 años, con un 15,3% (n=9) y en las mayores de 85 años con un 20% (n=1). El perfil Tipo Her fue el menos diagnosticado en todos los casos. Se excluyeron los datos perdidos. Este análisis mostró diferencias estadísticamente significativas (p=0,0001). La frecuencia de casos de cada perfil según la edad se presenta en el gráfico 7.

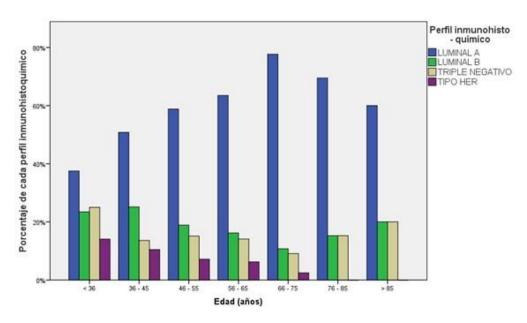


Gráfico 7. Porcentaje de casos de cada perfil inmunohistoquímico según la edad

En todos los estadios el perfil inmunohistoquímico más frecuentemente diagnosticado fue el Luminal A, con un porcentaje de 70% (n=14) en estadio 0, 71,2% (n=141) en estadio I, 61,2% (n=244) en estadio II, 47,4% (n=82) en estadio III y 45,7% (n=21) en estadio IV. En los estadios 0, I, II y IV el segundo perfil en frecuencia fue el Luminal B. En el estadio III el segundo perfil en frecuencia fue el Triple Negativo con un 22% del total de los tumores diagnosticados en ese estadio (n=38). El perfil Tipo Her fue el menos común en todos los casos, a excepción del estadio 0 donde comparte el segundo lugar en frecuencia con los perfiles: Luminal B y Triple negativo, todos con 10% (n=2) (tabla 4). Se excluyeron los datos perdidos. Este análisis fue estadísticamente significativo (p=0,0001).

Tabla 4. Porcentaje de casos de cada estadio diagnóstico según el perfil

	Luminal A	Luminal B	Triple negativo	Tipo Her
Estadio 0	70% (n=10)	10% (n=2)	10% (n=2)	10% (n=2)
Estadio I	71,2% (n=141)	16,7% (n=33)	8,6% (n=17)	3,5% (n=7)
Estadio II	61,2% (n=244)	17,3% (n=69)	13,5% (n=54)	8% (n=32)
Estadio III	47,4% (n=82)	20,8% (n=36)	22% (n=38)	9,8% (n=17)
Estadio IV	45,7% (n=21)	32,6% (n=15)	15,2% (n=7)	6,5% (n=3)

# **Tratamiento**

El 79,05% (n=1042) de las pacientes fueron sometidas a cirugía. En el 20,46% (n=237) se realizó neoadyuvancia. Quienes recibieron radioterapia, quimioterapia u hormonoterapia fueron el 58,72% (n=774), 50,68% (n=668) y 41,04% (n=350) de los casos respectivamente.

El tratamiento quirúrgico más frecuente fue cuadrantectomía con ganglio centinela (n=331) seguido por cuadrantectomía con vaciamiento axilar (n=294) y mastectomía radical modificada (n=229) (tabla 5).

Tabla 5. Tipo de tratamiento quirúrgico

Tratamiento quirúrgico realizado	Frecuencia	Porcentaje
Cuadrantectomía	52	4,99
Cuadrantectomía + ganglio centinela	331	31,76
Cuadrantectomía + vaciamiento axilar	294	28,21
Mastectomía simple	31	2,97
Mastectomía simple + ganglio centinela	30	2,87
Mastectomía radical modificada	229	21,97
Mastectomía conservadora o subcutánea	5	0,47
Mastectomía conservadora + ganglio centinela	4	0,38
Mastectomía conservadora + vaciamiento axilar	17	1,63
Nodulectomía	21	2,01
Linfadenectomía axilar	7	0,67
Otros	6	0,57
Ninguno	15	1,43
Total	1042	99,93

El 82,34% (n=858) de las pacientes sometidas a cirugía, recibieron tratamiento adyuvante. La combinación más utilizada fue radioterapia más quimioterapia, seguida del triple esquema radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia (n=203) (tabla 6).

Tabla 6. Tipo de adyuvancia

Esquema de adyuvancia recibido	Frecuencia	Porcentaje
Radioterapia	72	8,39
Quimioterapia	113	13,17
Hormonoterapia	50	5,82
Radioterapia + quimioterapia + hormonoterapia	203	23,65
Radioterapia + quimioterapia	240	27,97
Radioterapia + hormonoterapia	144	16,78
Quimioterapia + hormonoterapia	36	4,19
Total	858	99,97

Se identificó el estadio diagnóstico en 91,55% (n=954) de las pacientes que fueron sometidas a cirugía. En 287 casos el tratamiento fue mastectomía y en los 667 restantes alguna variante de cirugía conservadora. De las pacientes diagnosticadas en los estadios 0, I y II, el 20,75% (n=164) fueron sometidas a mastectomía y el 74,81% (n=591) a cirugía conservadora; para las pacientes de los estadios III y IV, el 47,67% (n=23) recibieron mastectomía y el 29,45% (n=76) cirugía conservadora. El tratamiento quirúrgico recibido según el estadio al diagnóstico se presenta en el gráfico 8.

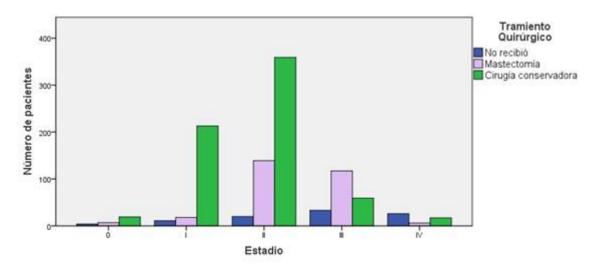


Gráfico 8. Tratamiento quirúrgico recibido según el estadio al diagnóstico

#### Sobrevida

La sobrevida global fue del 73,97% (n=975), el 26,02% de los pacientes (n=343) fallecieron. El perfil inmunohistoquímico con mayor porcentaje de óbitos fue el Tipo Her, la diferencia fue estadísticamente significativa (p=0,001). En la tabla 7 se muestra el porcentaje de muertes según el perfil inmunohistoquímico.

Tabla 7. Porcentaje de óbitos según el perfil inmunohistoquímico

Perfil Inmunohistoquímico	Total de casos	Porcentaje de óbitos
LUMINAL A	552	22,82% (n=126)
LUMINAL B	170	15,29% (n=26)
HER	64	39,06% (n=25)
TRIPLE NEGATIVO	133	30,07% (n=40)

Para analizar la sobrevida global según la edad de diagnóstico se dividió a la muestra en 7 grupos etarios: grupo  $1 \le 35$  años, grupo 2 de 36 a 45, grupo 3 de 46 a 55, grupo 4 de 56 a 65, grupo 5 de 66 a 75, grupo 6 de 76 a 85 y grupo 7 > 85. Se encontró que la mayor proporción de muertes se da a edades mayores (> 75 años) y la menor entre las pacientes de 36 a 45 años La sobrevida global en las diferentes edades mostró diferencias estadísticamente significativas (p=0,002) (tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de óbitos según grupo etario

Grupo Etario (n)	Porcentaje de óbitos
≤ 35 años (n=85)	27,05% (n=23)
36 a 45 años (n=253)	19,76% (n=50)
46 a 55 años (n=323)	21,36% (n=69)
56 a 65 años (n=346)	29,47% (n=102)
66 a 75 años (n=209)	28,72% (n=60)
76 a 85 años (n=94)	37,23% (n=35)
> 85 años (n=8)	50% (n=4)

Al analizar la sobrevida global se observa que los estadios más avanzados (III y IV) tuvieron mayor impacto sobre esta a los 10 años de observación, con porcentajes de supervivencia de 45% y 38,5% respectivamente. El mayor porcentaje de supervivencia a los 10 años se observó en el estadio I (78,6%) (tabla 9).

Tabla 9. Sobrevida global a los 10 años según el estadio diagnóstico

	Estadio 0	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Casos (n)	5	70	187	80	13
1 año	100%	100%	97,9%	100%	100%
3 años	100%	100%	92%	87,5%	84,6%
5 años	100%	95,7%	86,1%	73,8%	84,6%
10 años	40%	78,6%	66,3%	45%	38,5%

El análisis de la sobrevida al año, 3, 5 y 10 años (n=415) según el grupo etario se muestra en la tabla 10.

Tabla 10. Sobrevida global a 10 años según edad

	≤ 35 años	36 - 45 años	46 - 55 años	56 - 65 años	66 - 75 años	76 - 85 años	> 85 años
Casos (n)	22	67	125	119	57	23	2
1 año	95,5%	100%	100%	98,3%	98,2%	100%	100%
3 años	81,8%	97%	96,8%	91,6%	89,5%	91,3%	100%
5 años	77,3%	92,5%	90,4%	84,9%	78,9%	87%	50%
10 años	68,2%	70,1%	76,8%	64,7%	50,9%	30,4%	50%

Al analizar la supervivencia a los 10 años según la edad al diagnóstico (p=0,0001), se observó que las pacientes con menor supervivencia fueron las de 76 a 85 años con 30,4% (n=7), seguidas de las de 66 a 75 años con 50,9% (n=29). El grupo etario con mayor supervivencia fue el de las pacientes de 46 a 55 años con 76,8% (n = 96), las pacientes de 36 a 45 años tuvieron un 70,1% (n=47) y las menores de 36 años un 68,2% (n= 15) de supervivencia (gráfico 9).

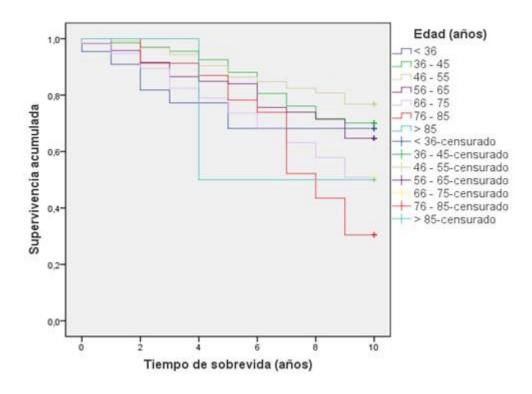


Gráfico 9. Supervivencia a los 10 años según la edad p=0,0001

El perfil inmunohistoquímico Triple Negativo tuvo una supervivencia a los 10 años de 75% (n=33). Para los perfiles Luminal B y Luminal A los porcentajes fueron 66,7% (n=18) y 62,1% (n=118) respectivamente (p=0,009) (gráfico 10).

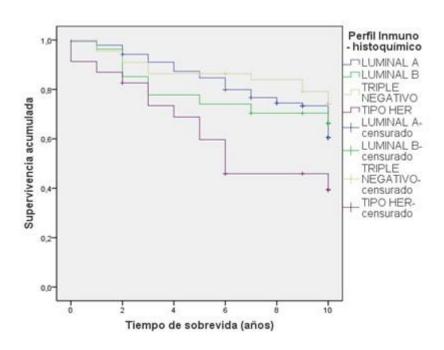


Gráfico 10. Supervivencia a los 10 años según el perfil inmunohistoquímico

La supervivencia a los 10 años según el estadio al diagnóstico mostró que el menor porcentaje de supervivencia corresponde a los estadios III y IV con 45% (n=36) y 38,5% (n=5) (p=0,0001) (gráfico 11).

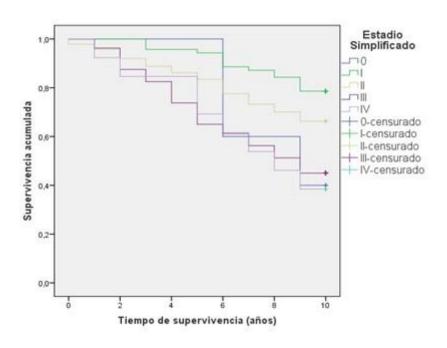


Gráfico 11. Supervivencia a los 10 años según el estadio

#### Discusión

El Hospital JB Iturraspe junto con el CEMAFE son entidades de referencia para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en la provincia de Santa Fe. Su cobertura corresponde a la zona centro norte de la región y provincias contiguas. Ambas son de financiamiento estatal.

Con el correr de los años se ha visto una tendencia al aumento de número de pacientes con cáncer de mama atendidas en la Unidad Funcional de Mama (que involucra al Servicio de Ginecología del Hospital Iturraspe y también las consultas del CEMAFE). Salvo la declinación significativa del número de casos en el año 2021, posiblemente, por los efectos de la pandemia de coronavirus (SARS-CoV-2), en el cual se constataron demoras en el diagnóstico y tratamiento del cáncer a nivel mundial (6.8).

La edad al momento del diagnóstico mostró una tendencia decreciente, con un promedio de 53,48 años el 2020, concordante con el rango de edades más frecuentes al momento del diagnóstico de países como China, Japón, Irán, Fiji y Marruecos que fue de 55-60 años y contrario a países que presentaron una edad de 40 años (Corea del Sur y Camerún) y 70 años (Estados Unidos, Bélgica, Australia y Reino Unido) el año 2020 (9).

Con respecto a la edad como factor pronostico, trabajos nacionales y extranjeros (de países desarrollados) muestran que a edades más tempranas (< 35 años), la enfermedad tiene un curso más agresivo y/o que la supervivencia es menor. Sin embargo, en nuestra población, las pacientes de 36 a 45 años y las mayores de 85 años presentaron el menor porcentaje de supervivencia, lo que coincide parcialmente con estadísticas de países subdesarrollados como Colombia, donde los grupos etarios de mayor mortalidad fueron las mujeres de 55 a 59 años, seguidas de las mayores de 80 (5,10,11,12).

El perfil inmunohistoquímico también se ha descripto como un factor pronóstico. Al igual que en este trabajo, países latinoamericanos como Chile y desarrollados como Noruega, presentan al perfil triple negativo seguido del Tipo Her como los de mayor agresividad y mortalidad y los tipos Luminal A y B como los menos agresivos (13,14).

Como en países desarrollados como Canadá, los estadios tempranos fueron los más diagnosticados (I y II), a diferencia de países en vías de desarrollo como Perú son los estadios más avanzados (III y IV) (15,16).

Los tratamientos realizados fueron indicados según el caso, siguiendo los protocolos de los Servicios de Ginecología y Oncología del Hospital J. B. Iturraspe, luego de haber sido evaluados en el ateneo periódico que se realiza semanalmente.

Este trabajo contó con limitaciones. Al ser un estudio retrospectivo, basado en registros preexistentes, hubo datos perdidos para algunas categorías que no pudieron ser obtenidos a pesar de las distintas fuentes consultadas: ateneos oncológicos y quirúrgicos, Registro Civil de la Provincia de Santa Fe y Sistema Informático de Atención Primaria de la Salud.

Para el año 2019, la provincia de Santa Fe (junto con otras 10 provincias) se encontraba por debajo de la tasa nacional de mortalidad por cáncer de mama, contrario al año 2010, donde se ubicaba por encima de los valores nacionales. Si bien, la tasa de mortalidad de la provincia se encuentra en descenso, el reto para años venideros es continuar con la disminución de este indicador. Para tal fin se cuenta con programas nacionales preventivos como el Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama que tiene como objetivo reducir la morbilidad y

mortalidad del cáncer de mama además de asegurar la calidad y equidad del cuidado de las mujeres con sospecha o diagnóstico de la enfermedad (1,17,18).

#### Conclusiones

El número de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fue aumentando de los últimos 23 años. La edad promedio al diagnóstico mostró una tendencia decreciente: disminuyó aproximadamente 8 años. El estadio II fue el más frecuente, al igual que el perfil inmunohistoquímico luminal A.

Poco más del 80% de los pacientes recibieron algún tipo de tratamiento. El tratamiento quirúrgico más frecuente fue conservador.

La edad avanzada, los perfiles inmunohistoquímicos Triple Negativo y Her y los estadios avanzados (III y IV) demostraron poseer mayor impacto negativo en la sobrevida global.

# Bibliografía

- Ministerio de Salud de la República Argentina. Instituto Nacional del Cáncer.
   Estadísticas y mortalidad. 2021. Recuperado el 10 de Septiembre de 2022
   de: <a href="https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad-cancer/estadisticas/mortalida
- 2. The Global Cancer Observatory. Argentina fact sheets, 2021. Recuperado el 15 de Julio de 2022 de: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf
- 3. Ministerio de Salud de la República Argentina. Instituto Nacional del Cáncer. Estadísticas e incidencia. 2021. Recuperado el 15 de Julio de 2022 de: https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia
- 4. Registro Provincial de Cáncer de Santa Fe (RECASFE). Atlas de mortalidad por cáncer provincia de Santa Fe años 2013-2015. 2017. Recuperado el 15 de Julio de 2022 de: https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/234601/1233830/file/A tlas%20de%20Mortalidad%20por%20C%C3%A1ncer.%20Santa%20Fe.%202013-2015.pdf
- Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas; Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades. Consenso nacional inter-sociedades sobre factores pronósticos y predictivos en cáncer de mama temprano, 2016. Recuperado el 15 de Julio de 2022 de: <a href="https://www.samas.org.ar/archivos/consfacpron.pdf">https://www.samas.org.ar/archivos/consfacpron.pdf</a>

- 6. Figueroa JD, Gray E, Pashayan N, Deandrea S, Karch A, Vale DB, Elder K, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on breast cancer early detection and screening. Prev Med. 2021; 151:106585.
- 7. Giuliano AE, Edge SB, Hortobagyi GN. Eighth edition of the AJCC cancer staging manual: breast cancer. Ann Surg Oncol, 2018; 25(7):1783-1785.
- 8. Yin K, Singh P, Drohan B, Hughes KS. Breast imaging, breast surgery, and cancer genetics in the age of COVID- Cancer, 2020; 126(20):4466–4472.
- 9. Lei S, Zheng R, Zhang S, Wang S, Chen R, Sun K, Zeng H, et al. Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. Cancer Commun (Lond). 2021; 41(11):1183-1194.
- 10. Avci O, Tacar SY, Seber ES, Yetisyigit T. Breast cancer in young and very young women; Is age related to outcome? J Cancer Res Ther. 2021; 17(6):1322-1327.
- 11. Radecka B, Litwiniuk M. Breast cancer in young women. Ginekol Pol. 2016; 87(9):659-663.
- 12. Ministerio de Salud de Colombia. Datos Cáncer de Mama. 2021. Recuperado el 2 de Marzo del 2023 de: https://www.asocapitales.co/nueva/wp-content/uploads/2021/10/Datos-Cancer-de-Mama-Ministerio-de-Salud-2021.pdf
- 13. Caglevic C, Anabalón J, Soza C, Milla E, Gaete F, Carrasco AM, Panay S, et al. Triplenegative breast cancer: the reality in Chile and in Latin America. Ecancermedicalscience. 2019; 22;13:893.
- 14. Johansson ALV, Trewin CB, Hjerkind KV, Ellingjord-Dale M, Johannesen TB, Ursin G. Breast cancer-specific survival by clinical subtype after 7 years follow-up of young and elderly women in a nationwide cohort. Int J Cancer. 2019; 144(6):1251-1261.
- 15. Bryan S, Masoud H, Weir HK, Woods R, Lockwood G, Smith L, Brierley J, et al. Cancer in Canada: Stage at diagnosis. Health Rep. 2018; 29(12):21-25.
- 16. Figueroa-Montes LE, Chávez-Altamirano N, García-Espinoza G. Implementación de una unidad de mamovigilancia para el diagnóstico de cáncer de mama en una microred de la seguridad social, Lima-Perú. Acta Med Peru. 2019; 36(1):11-8
- 17. Dalla Fontana F, Seiref S, Costa L, Pizzi J, Schiaffino R, Bernardi SA. Análisis de supervivencia y causa de muerte en pacientes con cáncer de mama. Revista FASGO, 2020, 19(2): 9-24.
- 18. Programa Nacional de Control del Cáncer de Mama. 2022. Recuperado el 15 de Septiembre de 2022 de: <a href="https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pncm#:~:text=El%20Programa%20Nacional%20de%20Control,confirmaci%C3%B3n%20de%20c%C3%A1ncer%20de%20mama.">https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/pncm#:~:text=El%20Programa%20Nacional%20de%20Control,confirmaci%C3%B3n%20de%20c%C3%A1ncer%20de%20mama.</a>
- 1. Estudiante de medicina. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral.
- 2. Profesor Titular de la cátedra de Ginecología Clínica y Obstetricia. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral.

# Cáncer de Endometrio Concurrente en Pacientes con Diagnóstico de Hiperplasia Endometrial Atípica Sometidas a Histerectomía en el Hospital Privado Universitario de Córdoba: Nuestra Experiencia

**Autores:** 

Beltramone N.1, de la Rocha H. G.1, Travella C.2, Bonin, M.3

# Condensación

Análisis de prevalencia de cáncer de endometrio en pacientes con diagnostico de hiperplasia epitelial atípica y la influencia de sus factores de riesgo.

Palabras clave: biopsia endometrial, hiperplasia endometrial atípica, adenocarcinoma de endometrio, histerectomía.

# Objetivo

Describir la prevalencia de cáncer de endometrio (CE) en pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial atípica (HEA) mediante biopsia endometrial sometidas a histerectomía.

# Materiales y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico de HEA (Clasificación OMS) en biopsia endometrial con posterior histerectomía sin tratamiento de intervalo. Luego se analizaron aquellas pacientes con hallazgo de CE en la pieza de histerectomía.

# Resultados

24 de 56 pacientes (42.8%) fueron diagnosticadas con CE en la pieza de histerectomía. El método de biopsia fue mediante cánula de Pipelle en 2 pacientes (3.5%) y biopsia histeroscópica en 54 pacientes (96.5%). En las pacientes con diagnóstico final de CE se observó un mayor grosor endometrial ecográfico que en las pacientes sin CE (13.6 vs 10.7mm, p=0.15). En cuanto al análisis histológico, un 62.5% de los CE fueron grado histológico I y un 37.5% grado histológico II. Por último, 18 de 24 pacientes (75%) con CE correspondieron a estadio FIGO IA, mientras que 5 (20.8%) correspondieron a estadio FIGO IB y una (4.2%) correspondió a estadio FIGO IIIA por compromiso ovárico.

# **Objectives**

To describe the prevalence of endometrial cancer (EC) in patients diagnosed with atypical endometrial hyperplasia (AEH) that underwent hysterectomy.

#### Materials and methods

Retrospective, observational and descriptive study. 56 patients with AEH diagnosis (WHO criteria) were included, who underwent hysterectomy with no interval treatment after the endometrial byopsy. Patients with EC in the hysterectomy specimen were analysed.

#### Results

24 out of 56 (42.8%) were diagnosed with EC in hysterectomy specimen. The endometrial biopsy method was pipelle cannula in 2 cases (3.5%) and hysteroscopic biopsy in 54 cases (96.5%). In patients diagnosed with EC we observed increased endometrial thickness measured with ultrasound (13.6mm vs 10.7mm in the no EC group – p=0.15). The histologic grading of the EC revealed: G1 - 62.5%; G2 37.5% and no G3 cases. Finally, 18 out of 24 patients with CE (75%) corresponded to stage FIGO IA, 5 patients (20.8%) FIGO IB and one patient (4.2%) corresponded to stage FIGO IIIA due to ovarian involvement.

#### Introducción

El CE corresponde al tumor ginecológico más frecuente en países desarrollados, y ocupa el segundo lugar en países en vías de desarrollo, luego del cáncer de cérvix. Su diagnóstico en estadio I o II (estadios FIGO) se corresponde con sobrevida a 5 años de 92 y 75% respectivamente. La edad media de presentación de la patología es de 63 años y solo el 9% de los tumores ocurre en menores de 45 años, con un pico de incidencia entre los 55 a 74 años.

En nuestro país la incidencia es de 8 tumores cada 100.000 mujeres y la mortalidad de 2 por 100.000 mujeres año, representando en frecuencia el 6to cáncer entre las mujeres. La incidencia en Argentina es menor que la de Europa y mucho menor que la de EEUU. Sin embargo, su incidencia se ve en continuo ascenso desde 1970 hasta la actualidad. Son dos los factores fundamentales que explican el aumento de la incidencia de esta patología: el envejecimiento de la población y el aumento de la obesidad en el transcurso de los últimos tiempos. Los principales factores de riesgo para desarrollar CE son sobre todo aquellos que producen exposición elevada y prolongada a los estrógenos: menarca temprana, obesidad, menopausia tardía, síndrome de ovario poliquístico, tumores productores de estrógenos, uso de tamoxifeno en la postmenopausia, antecedente familiar de primer grado y síndrome de Lynch. Algunos factores son claramente factores independientes mientras que otros como la Diabetes y la Hipertensión arterial están en revisión. (2)

Múltiples líneas de trabajo demuestran que la hiperplasia endometrial (HE) es una lesión precursora de esta patología, y que ambas comparten factores predisponentes. La HE es un diagnóstico histológico que se caracteriza principalmente por un aumento del índice glándula/estroma, comparado con el endometrio proliferativo normal. La incidencia de HE es tres veces mayor a la del CE, y las variantes con atipia celular se consideran precursores

directos de dicha patología. (3) La clasificación histológica de la HE más utilizada es la propuesta por OMS en 1994, modificada en 2014, que diferencia entre HE benigna y premaligna, según la presencia o no de atipia citológica. (4) Actualmente la OMS clasifica a la HE en hiperplasia sin atipia e hiperplasia con atipia o neoplasia intraepitelial endometrial. (5)

El cuadro histológico de la HE sin atipia consiste en la presencia de una proliferación desordenada de glándulas que afectan a toda la mucosa endometrial. La citología es similar en todas las zonas examinadas y esto es el reflejo de que todo el endometrio responde de igual forma a la exposición de las hormonas, lo cual permite diferenciarlo de la HEA. El riesgo de progresión a CE es de 1 a 3%. (5)

Por otra parte, la HE con atipia consiste en una lesión premaligna monoclonal, con estratificación con presencia de hasta cuatro capas de células, pérdida de la polaridad y núcleos vesiculosos, hipercromáticos con nucléolo prominente. Además, las células demuestran múltiples mutaciones genéticas presentes en el adenocarcinoma de endometrio (PTEN, KRAS, CTNNB1). El riesgo de progresión a CE es de 20-25% en pacientes con HE atípica.

La principal manifestación clínica de la HE es la hemorragia uterina anormal, y aproximadamente en un 15% de pacientes con historia de hemorragia uterina anormal, se hace diagnóstico de alguna forma de HE. (7) En cuanto a marcadores ecográficos de HE y CE, se han descripto numerosos (13), dentro de los cuales el principal corresponde a un grosor endometrial mayor a 4mm en pacientes postmenopáusicas, presencia de microquistes endometriales, señal doppler presente a nivel endometrial y heterogeneidad endometrial.

El tratamiento de la HE atípica en pacientes con paridad cumplida o postmenopáusicas es la histerectomía total con o sin salpingooforectomía bilateral. Para garantizar la seguridad oncológica del tratamiento es importante tener en cuenta el riesgo de CE concurrente en pacientes con HE atípica, que varía entre un 17% y un 52% (8), pero el riesgo en nuestra población aún no ha sido calculado. Un metaanálisis que evaluó 36 trabajos científicos en 2020, demostró que existe un riesgo de progresión anual de HE atípica a CE de 8%. (9)

# **Objetivos**

Describir la prevalencia de CE concurrente en mujeres con diagnóstico de HEA en biopsia endometrial. en pacientes sometidas a histerectomía en nuestra institución. Además, analizar las características de pacientes con y sin CE en la pieza de histerectomía.

# Material y Métodos

Es un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se realizó la búsqueda en los registros de Anatomía Patológica del Hospital Privado Universitario de Córdoba y del Hospital Raúl Ángel Ferreyra de aquellas pacientes con diagnóstico de HEA realizado mediante histeroscopia o con cánula de pipelle utilizando los siguientes términos "Hiperplasia simple con atipia", "Hiperplasia compleja con atipia", "Hiperplasia compleja", "Hiperplasia con Atipia", "Cáncer de endometrio", "Adenocarcinoma de endometrio".

Se incluyeron a pacientes con diagnóstico histológico de HEA, realizado mediante biopsia endometrial con cánula de Pipelle o biopsia histeroscópica entre los años 2010 y 2022.

Además, se seleccionaron aquellas pacientes con hallazgo posterior de CE en pieza de histerectomía con biopsia previa compatible con HEA.

#### Criterios de elegibilidad

- Pacientes con diagnóstico de HE atípica mediante biopsia endometrial (pipelle, legrado o biopsia histeroscópica)
- Pacientes con diagnóstico de CE en pieza de histerectomía, con biopsia previa compatible con HEA.

#### Criterios de exclusión

- Paciente con diagnóstico de HE sin atipia
- Paciente con diagnóstico histológico previo de otro carcinoma del tracto genital.
- Paciente con diagnóstico anatomopatológico en otra institución de HEA.
- Paciente con diagnóstico anatomopatológico en otra institución de CE

Entre enero de 2010 y mayo de 2022 se encontraron 64 pacientes con diagnóstico de HEA mediante biopsia endometrial. De ellas, 2 pacientes fueron excluidas del estudio por haber sido sometidas a tratamiento médico, y 6 pacientes fueron excluidas al no haber continuado el tratamiento en nuestra institución. En total, se incluyeron 56 pacientes en el estudio. (Ver gráfico 1) Se dividió la muestra según el resultado de la pieza de histerectomía en pacientes con o sin CE, y a su vez estas últimas se las clasificó en base a la clasificación tumoral de la American Cancer Society.

Se analizaron las siguientes variables: edad, estado menopáusico, nuliparidad, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, antecedente familiar de CE y tratamiento previo con tamoxifeno. Además, se tuvo en cuenta el tiempo entre el diagnóstico y la realización de la cirugía, clasificándose esta según la vía realizada, ya sea abdominal, vaginal o laparoscópica.

Las biopsias de endometrio fueron analizadas por el mismo equipo de anatomía patológica, utilizando la clasificación histológica de la OMS para HE. Luego se diferenciaron aquellas pacientes con hallazgo de CE en la pieza de histerectomía. En cuanto al análisis histológico el grado tumoral y el estadio se basaron en la clasificación FIGO vigente.

Se revisaron las ecografías transvaginales, las cuales fueron realizadas por el mismo equipo de diagnóstico por imágenes. La exploración ecográfica se realizó con un ecógrafo Voluson S8 versión 2018 de GE Medical Systems, con sonda transvaginal RIC5-9A-RS de 3.8-9.3MHz con ángulo de 180°, que lleva incorporado Doppler pulsado y codificación color. En cuanto a los marcadores ecográficos asociados con HE, se analizaron el grosor endometrial, la presencia de pólipos endometriales, la detección de señal doppler a nivel endometrial, la presencia de microquistes y la presencia de heterogeneidad endometrial.

Los datos fueron registrados en base de datos de Excel y analizados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 2014. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje. Las variables continuas se expresaron en promedio, mediana y desviación standard (DE) o rango intercuartílico según su distribución. Al tener un N superior a 50, se realizó el test de normalidad con el test de Kolmogorov – Smirnov. Las variables categóricas

se compararon con chi2 o Fisher según el número y las variables continuas con test de ANOVA.

# Resultados

Se analizaron los factores de riesgo de cada grupo de pacientes, los cuales se grafican en la Tabla 1. En total, 24 pacientes (42.8%) fueron diagnosticadas con adenocarcinoma de endometrio en la pieza de histerectomía, con una edad promedio de 62 años (DE 12.9). En las 32 pacientes restantes (57.2%) el diagnóstico final fue de HEA, con una edad promedio de 59 años (DE 9.4). El método de biopsia endometrial fue mediante biopsia histeroscópica en 54 pacientes (96.5%) y mediante cánula de Pipelle en 2 pacientes (3.5%).

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a factores de riesgo para CE en las pacientes con o sin cáncer.

En cuanto a los hallazgos ecográficos, en las pacientes con CE se observó un mayor grosor endometrial medido por ecografía transvaginal que en las pacientes sin CE, sin diferencia estadísticamente significativa (13.6 vs 10.7mm, p=0.15) (Ver gráfico 2 y tabla 3). Se analizaron los informes ecográficos, y se clasificaron según hallazgo de doppler patológico a nivel endometrial, heterogeneidad endometrial, microquistes, pólipo endometrial, y la presencia de más de un hallazgo. Los resultados se grafican en la tabla 4.

El tiempo entre la biopsia endometrial y la histerectomía fue de 76 días en promedio (DE: 36) . Respecto a la vía de la histerectomía, 32 casos (57.1%) fueron por vía laparoscópica, 22 casos (39.2%) por vía laparotómica y 2 casos por vía vaginal (3.5%). En cuanto al análisis histológico, todos los CE correspondieron a adenocarcinoma endometroide. En total, 15 (62.5%) fueron bien diferenciados (grado histológico 1) y 9 (37.5%) moderadamente diferenciados (grado histológico 2). 18 pacientes (75%) con CE correspondieron a estadio FIGO IA, mientras que 5 de las restantes (20.8%) correspondieron a estadio FIGO IB y una paciente (4.2%) correspondió a estadio FIGO IIIA por compromiso ovárico (Tabla 2).

# Discusión

Este estudio de pacientes con CE concurrente en pacientes con HEA sometidas a histerectomía reclutó un total de 56 pacientes y encontramos una tasa de CE concurrente del 42.8%. En otras poblaciones estudiadas la tasa varía desde un 17 a un 52%. 89 Al tratarse de un estudio en un único centro de tercer nivel que recibe derivaciones del interior del país, podríamos estar sobreestimando el riesgo de CE en comparación con estudios de población general o multicéntricos.

El diagnóstico histológico de HEA en la biopsia endometrial fue realizado por el mismo grupo de patología y con la clasificación propuesta por la OMS de 1994 - actualizada en 2004 - en todas las pacientes. La alta prevalencia de CE concurrente en pacientes con HEA puede deberse en parte a la variabilidad interobservador entre los patólogos, inclusive aquellos con experiencia. La tasa de acuerdo entre patólogos en un estudio con 306 biopsias identificadas como HEA fue solo del 38%. La distinción morfológica entre HEA y CE de bajo grado suele ser muy sutil, inclusive para patólogos experimentados. Además, no hay ningún estudio molecular que hoy nos permita distinguir entre una y otra patología.

El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de HEA y la histerectomía fue de 76 días en promedio. Los estudios que investigan CE concurrente en pacientes con HEA sugieren un tiempo máximo entre la biopsia e histerectomía de 90 días para catalogarlo como concurrente.9

Es interesante remarcar qué implicancia tiene el método de biopsia endometrial en la subestimación de CE concurrente. Un metaanálisis publicado en 2016 por Bourdel et al<sup>(12)</sup>, estudió la relación entre el método de biopsia endometrial en casos de HEA (mediante legrado, ablación endometrial histeroscópica o biopsia histeroscópica) y el riesgo de subestimar al CE concurrente, y evidenció que la tasa de diagnóstico de CE fue de 32.7%, 5.8% y 45.3% respectivamente. En nuestras pacientes el método de biopsia fue mediante biopsia histeroscópica en un 96.5% de las pacientes, por lo que la tasa de CE concurrente coincide con la evidencia actual. Es importante tener en cuenta que la ablación endometrial no está disponible en todos los centros ya que es un método más costoso y requiere una mayor curva de aprendizaje en comparación a la biopsia guiada por histeroscopia y al legrado. <sup>12</sup>

La edad promedio de nuestra población al momento del estudio fue de 62 años. Nuestro trabajo reclutó pacientes en pre y postmenopáusicas a diferencia de muchos estudios en donde solo se reclutaron pacientes postmenopáusicas.9

En el estudio de Vetter, M.H et al, no se lograron identificar factores predictores para la presencia de CE en aquellas pacientes con HEA, a excepción de la valoración del grosor endometrial. Ellos observaron que aquellas pacientes con HEA que presentaban un grosor endometrial mayor a 2cm tenían una probabilidad 4 veces mayor de presentar CE en la pieza de histerectomía. En nuestro trabajo se analizaron diferentes factores de riesgo para CE y obtuvimos resultados similares en ambos grupos de pacientes. <sup>14</sup> Sin embargo encontramos que el grupo de pacientes con CE concurrente tuvo mayor prevalencia de obesidad (79.1 vs 71.8% en pacientes sin CE), hipertensión arterial (50 vs 37.5%), nuliparidad (25 vs 18.7%), tabaquismo (20.8 vs 15.6%) y tratamiento previo con tamoxifeno (12.5 vs 6.2%), aunque ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa (p>0.05). Además, la incidencia de sangrado uterino anormal fue mayor para el grupo de pacientes con CE (83.3%) que para el grupo sin CE (71.8%).

Estudiamos diferentes marcadores ecográficos para HEA y CE: la presencia de engrosamiento endometrial, pólipos, microquistes y heterogeneidad endometrial. Ninguno de ellos demostró influir en la presencia de CE en la pieza de histerectomía. Sin embargo encontramos una diferencia en cuanto al grosor endometrial, el cual fue mayor en el grupo de pacientes con diagnóstico final de CE concurrente pero sin alcanzar la significancia estadística (p>0.05). Este resultado en nuestro estudio puede deberse al pequeño tamaño de nuestra muestra. <sup>13</sup> El estudio retrospectivo Stachowicz et al considera el grosor endometrial como uno de los factores de mayor impacto a la hora de predecir aquellas pacientes con CE, sin importar la presencia o no de sangrado anormal. Esto nos hace pensar que el grado de engrosamiento endometrial tendría una relación con el hallazgo de CE concurrente. Como sugiere Stachowizs et al, es importante siempre una valoración inicial con ecografía transvaginal ya que el CE infiltrante, puede no presentarse como un engrosamiento focal sino infiltrando directamente el miometrio lo cual puede ser pasado por alto con la sola realización de histeroscopia. <sup>13</sup> Todas las pacientes incluidas en nuestro estudio fueron sometidas a una evaluación ecográfica previa a la biopsia endometrial.

En cuanto al análisis histológico de las piezas de histerectomía con CE, el 99% presentaron un grado histológico bajo y el 75% de las pacientes con CE presentaron un estadio FIGO IA -

infiltración miometrial menor al 50% -, resultados similares a otros autores. <sup>14</sup> La presencia de HEA en una pieza de histerectomía con CE suele ser factor de buen pronóstico, ya que se asocia con tumores indolentes y en estadios tempranos. Teniendo en cuenta los hallazgos la derivación temprana de estas pacientes a un cirujano ginecólogo-oncólogo le permitiría al paciente recibir el tratamiento adecuado evitando linfadenectomías de rutina.

El subdiagnóstico de CE puede resultar en una estadificación inadecuada y potencialmente un tratamiento subóptimo, sin embargo, se requieren estudios de mayor calidad y población para poder determinar con mayor certeza la proporción de pacientes con CE que tienen diagnóstico de HEA.

#### Conclusión

La tasa de CE concurrente en pacientes con diagnóstico de HEA varía según las poblaciones estudiadas, entre un 17 y un 52 %(8-10) siendo más frecuente en aquellas pacientes postmenopáusicas, obesas, hipertensas, tabaquistas y nulíparas. En nuestra población encontramos una tasa de CE concurrente de 42.8%. Coincidente con la evidencia actual (8-9), todos los casos de CE correspondieron a tumores de bajo grado (grado histológico 1 o 2). Además, la gran mayoría de los tumores (95.8%) fueron confinados al útero (estadio FIGO I A o B). Esto debe influir en la toma de decisiones terapéuticas, sobre todo en pacientes con deseo de fertilidad o con comorbilidades importantes que contraindiquen una histerectomía. Se necesita de un trabajo multicéntrico en nuestra población para investigar qué factores predicen la probabilidad de CE concurrente en pacientes con HEA.

# Referencias

- 1. Creasman WT, et al. Carcinoma of the corpus uteri. FIGO 26th annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J Gynaecol Obstet 2006;95:S105-S143
- 2. Franco G, et al. Cáncer de endometrio. Consenso de ginecología FASGO 2019.
- 3. Sanderson P, et al. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. Hum Reprod Update. 2017, Mar. 23(2): 232-254
- 4. Travagllino A, et al. Cancer risk in endometrial hyperplasia: WHO vs EIN. Histopathology 2018. doi: 10.1111/his.13776
- 5. Emons G, et al. New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias. Geburtsh Frauenheilk 2015; 75: 135-136
- 6. Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Endometrio. Rev Argent Radiol, w2017;81(3):242-255
- 7. García Ayala E, et al. Hiperplasia endometrial: análisis de serie de casos diagnosticados en biopsia endometrial. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(3): 146-152.
- 8. Trimble et al., Concurrent Endometrial Carcinoma in women with a biopsy diagnosis of Atypical Endometrial Hyperplasia. Cancer 2006;106:812-9.
- 9. Doherty MT, et al. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and metaanalysis (2020). PLoS ONE 15(4): e0232231.

- 10. Tavassoli F, Kraus FT. Endometrial lesions in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. Am J Clin Pathol. 1978;70:770–779.
- 11. Janicek MF, Rosenshein NB. Invasive endometrial cancer in uteri resected for atypical endometrial hyperplasia. Gynecol Oncol. 1994;52:373–378.
- 12. 12. Bourdel N, Chauvet P, et al. Sampling in Atypical Endometrial Hyperplasia: Which Method Results in the Lowest Underestimation of Endometrial Cancer? A Systematic Review and Meta-analysis. J Minim Invasive Gynecol. 2016; 23(5):692–701. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2016.03.017 PMID: 27058769
- 13. 13. Stachowicz, N.; Smole´n, A. et al. Risk Assessment of Endometrial Hyperplasia or Endometrial Cancer with Simplified Ultrasound-Based Scoring Systems. Diagnostics 2021, 11, 442. https://doi.org/10.3390/ diagnostics11030442
- 14. Vetter, M. H., Smith, B., Benedict, J., Hade, E. M., Bixel, K., Copeland, L. J., ... Backes, F. J. (2019). Preoperative predictors of endometrial cancer at time of hysterectomy for endometrial intraepithelial neoplasia or complex atypical hyperplasia. American Journal of Obstetrics and Gynecology. doi:10.1016/j.ajog.2019.08.002

15.Zaino RJ, Kauderer J, Trimble CL, Silverberg SG, Curtin JP, Lim PC et al. (2006) Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer. 2006;106:804-811

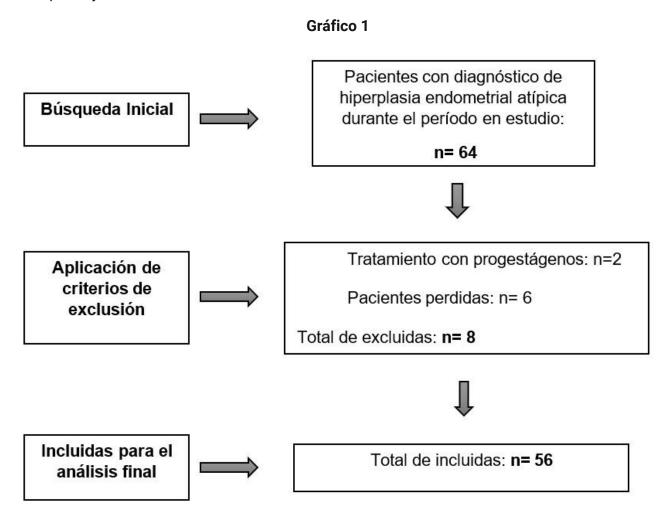


Gráfico 2

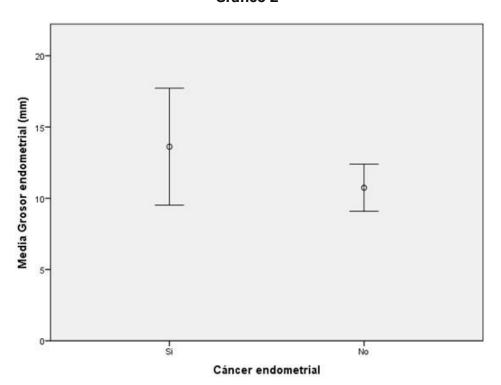


TABLA 1	Cáncer endometrial en pieza de histerectomía			
	Si (%) N=24 (42.8%)	No (%) N= 32 (57.2%)	OR (95% IC)	Valor de p
Edad (DE)	62 (12.9)	59 (9.4)		0.31
Sangrado uterino anormal	20 (83.3)	23 (71.8)	1.95 (0.52 - 7.33)	0.35
Antecedente familiar de cáncer endometrial	2 (8)	0		0.18
Postmenopausia	19 (79.1)	26 (81.2)	0.87 (0.23- 3.03)	0.84
Nuliparidad	6 (25)	6 (18.7)	1.44 (0.4- 5.2)	0.57
Diabetes mellitus	7 (29.1)	9 (37.5)	1.05 (0.32 - 3.4)	0.93
Obesidad	19 (79.1)	23 (71.8)	1.48 (0.42 - 5.19)	0.53
Hipertensión Arterial	12 (50)	12 (37.5)	1.66 (0.57 - 4.87)	0.35
Tamoxifeno	3 (12.5)	2 (6.2)	2.14 (0.32 - 13.9)	0.64
Tabaquismo	5 (20.8)	5 (15.6)	1.42 (0.36 - 5.6)	0.61

TABLA 2		Estadío FIGO			
		Estadío IA	Estadío IB	Estadío IIIA	Total
Grado histológico	GH 1	11	4	0	15
	GH 2	7	1	1	9
	Si (%) N=24 (42.8%)	No (%) N= 32 (57.2%)	Valor de p		
Grosor endometrial en mm (DE)	13.6 (9.7)	10.7 (4.5)	0.15		

TABLA 3	Cáncer endometrial			
	Si (%) N=24 (42.8%)	No (%) N= 32 (57.2%)	Valor de p	
Grosor endometrial en mm (DE)	13.6 (9.7)	10.7 (4.5)	0.15	

TABLA 4	Cáncer endometrial	
Hallazgo ecográfico	Si (N=24)	No (N=32)
Doppler patológico	2	2
Endometrio heterogéneo	5	4
Microquistes	1	6
Pólipo endometrial	8	6
Más de un hallazgo	4	8
Ningún hallazgo	4	6

- 1. Medico Residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Privado Universitario de Córdoba.
- 2. Medico Staff del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Especialista en Alto Riesgo Obstétrico. Profesora Titular de Obstetricia IUCBC. Profesora adjunta carrera de grado de la UNC y UCC. Miembro del Comité Editorial de FASGO.
- 3. Medico Staff del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Jefa del departamento de Ginecología y Cirugía Mínimamente Invasiva del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Directora del Programa de Tratamiento Integral de Endometriosis del Hospital Privado Universitario de Córdoba. Miembro de la comisión directiva de SACIG y SAE.

# Cesárea a demanda: Una tendencia en crecimiento

**Autores:** 

Camelli María Romina<sup>1</sup>; Cortese Iara Victoria<sup>2</sup>; Lago Cuentas Cynthia<sup>3</sup>; Martínez Baltazar Stefania<sup>4</sup>; Narvarte Tomas Agustín<sup>5</sup>

#### Condensación

Conocer el porcentaje de mujeres que decide finalizar el embarazo con una cesárea a demanda y los motivos de la elección.

Palabras clave: Cesárea – Autonomía Personal – Derechos Humanos - Toma de decisiones

#### Resumen

Actualmente la participación de las mujeres en su derecho a decidir la vía de nacimiento tomó relevancia, apoyadas por leyes que lo avalan.

Objetivo: Conocer el porcentaje de mujeres que decide finalizar el embarazo con una cesárea a demanda y los motivos de la elección.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal descriptivo. Los datos fueron obtenidos del Sistema de Información para Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud (Gomedisys).

Resultado: El total de nacimientos fue de 1019. La población de estudio estuvo formada por un total de 119 (12%) de mujeres que finalizaron su embarazo con una cesárea a demanda. El motivo fue 32 (26.9 %) deseo de ligadura tubaria, 30 (25.2 %) no querer pasar un trabajo de parto, comodidad 28 (23.6 %), organización familiar 14 (11.7%), %) miedos 15 (11,7 %).

Conclusiones: La cantidad de mujeres que eligió esta vía de nacimiento representa el 12% del total. El principal motivo fue el deseo de ligadura lo que muestra una autonomía en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

#### **Abstract**

On-demand caesarean section is one where the patient requests it without attempting vaginal delivery, not presenting any clinical contraindication for it.

The increase in performing it is due to an interrelation between biological, obstetric, social and institutional factors. Currently, the right to decide the route of birth has become relevant, supported by laws, increasing their number.

Knowledge of the causes will allow us to establish strategies to reduce its rate, morbidity and maternal mortality.

#### Introducción

El parto vaginal es la vía natural y ancestral del nacimiento. Sin embargo, desde antaño la humanidad recurrió a la cesárea en situaciones extremas para salvar la vida del bebé ante la muerte materna o a ambas. Las razones médicas de este modo de parir se han ampliado con la mejora de la anestesia y la pérdida de habilidades en el uso de métodos instrumentales como los diversos fórceps (1).

La cesárea es un excelente recurso que contribuye a disminuir la mortalidad perinatal, tanto para la madre como al bebé, pero su generalización no basada en indicaciones médicas es causa de morbilidad extra, por lo cual son cesáreas innecesarias. La OMS define una proporcionalidad aceptable de cesáreas por indicaciones médicas, del 15% (2).

Las tasas locales de cesáreas en nuestro país vienen superando ampliamente los indicadores recomendados: Durante el año 2018 alcanzó el 35,7% (3).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los datos disponibles más recientes revelan que la tasa general de cesáreas llegó en promedio al 37% en 2020 en el subsector público, con un aumento de 12% respecto a hace tres años. (3).

En algunos casos la indicación de cesárea se presenta como algo incuestionable como pueden ser el prolapso de cordón, placenta previa, presentaciones distócicas del feto, patologías fetales o maternas que contraindican parto vaginal. También se pueden plantear situaciones en las cuales la indicación puede ser relativa, donde debe evaluarse el posible riesgo para luego realizar la indicación como puede ser la no progresión del trabajo de parto, cesáreas previas, embarazo múltiple, desproporción céfalo-pélvica o presentación podálica. En cuanto a los riesgos que conlleva realizar una cesárea, éstos son variados y se los puede clasificar según lo esté padeciendo la madre o el bebé. Algunos de los riesgos asociados para la mujer serían: hemorragias, trombosis o embolias, infecciones, adherencias, cortes de otros órganos. Es importante aclarar que el riesgo de muerte materna en la cesárea es de cuatro a seis veces mayor que en el parto vaginal. Los riesgos que atañen a la salud del bebé también son diversos: síndrome de distress respiratorio, prematuridad iatrogénica (error en la fecha de parto programada), más riesgo de sufrir alergias o asma (4)

Al mismo tiempo que la cesárea se convierte en una manera habitual de dar a luz, se reivindica el derecho a elegir, ingresando de esta manera, a la era de la cesárea a demanda (5).

El hospital universitario Clinic Barcelona define la cesárea a demanda como "aquella en que la paciente solicita la realización de cesárea electiva sin intento de parto vaginal, no presentando ninguna contraindicación clínica para el mismo" (6)

En los últimos años, ha cobrado relevancia el papel que la mujer ocupa a la hora de la elección de la cesárea, motivo por el cual, se vuelve este uno de los factores preponderantes que podrían influir en el fenómeno del aumento de la cesárea. Si bien no existen estadísticas o estudios científicos locales que den cuenta del aumento de este fenómeno, a nivel regional, Chile se posiciona como uno de los países con mayor tasa de cesáreas del mundo. En este país, la causa más frecuente de cesáreas, según indicación materna, es la cesárea anterior seguida por la hemorragia ante parto y en Latinoamérica, la causa de cesáreas realizadas por requerimiento materno representan el <1 % (7)

Algunos de los argumentos que fundamentan esta decisión son la creencia de poder evitar complicaciones, el miedo que algunas mujeres tienen al enfrentarse al parto y a atravesar un "doloroso" trabajo de parto, evitar la episiotomía, daños en el suelo pélvico, creer que él bebe nace mejor, sin daños ni marcas (8).

Desde la perspectiva materna otro factor que influye en la elección es la realización simultánea de la oclusión tubaria bilateral. La buena experiencia con las cesáreas anteriores así como el miedo a la incontinencia urinaria fecal y dispareunia son otros de los factores asociados (8)

En una misma línea temática el protagonismo que tienen las mujeres en el tema de decidir cómo traer a sus hijos al mundo ha tomado relevancia, apoyadas por leyes, planteando así, derechos que como usuarios de los servicios de salud tienen (9).

La Ley 25929 Parto Humanizado estable que "las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida" (10).

Por otro lado, la misma ley pronuncia que "El equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gravidez y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos. Cada persona tiene derecho a elegir de manera informada y con libertad, el lugar y la forma en la que va a transitar su trabajo de parto (deambulación, posición, analgesia, acompañamiento) y la vía de nacimiento. El equipo de salud y la institución asistente deberán respetar tal decisión, en tanto no comprometa la salud del binomio madre-hijo/a. Dicha decisión deberá constar en la institución en forma fehaciente. En caso de duda se resolverá en favor de la persona asistida" (Artículo 2°, Anexo I. Reglamentación de la Ley N° 25929).

Esta ley otorga cierto respaldo a las usuarias en la situación, tal es así que la cesárea electiva programada se ha vuelto un fenómeno que, al parecer, se encuentra en aumento.

Otra ley que da marco a esta investigación es la Ley 26529 derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud. La misma pronuncia que "El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también revocar posteriormente su manifestación de la voluntad..." Esta ley entonces intenta proteger el valor de la autonomía como facultad de regularse uno mismo, libre, sin interferencias ni limitaciones personales generadas por aspectos externos, como el caso de no recibir la información adecuada, que permita al paciente decidir como quiera y no como debió o pudo haber querido (11)

Es en este contexto que esta investigación intentó identificar cuántas mujeres eligieron esta vía de nacimiento y el motivo de su elección. La importancia de llevar a cabo esta investigación está relacionado con conocer la población de estudio y sus características y así poder respetar y acompañar a las familias con esta elección.

# **Objetivos**

#### **Principal**

 Conocer el porcentaje de mujeres de nuestra población que decide finalizar el embarazo con una cesárea a demanda.

#### **Secundarios**

- Conocer y analizar los motivos que dan lugar a que las mujeres decidan finalizar el embarazo con una cesárea sin indicación médica.
- Indagar la información recibida por las mujeres al momento de su elección.
- Conocer la experiencia luego de pasar por la cesárea.

# Materiales y métodos

#### Tipo de investigación

Se realizó un estudio retrospectivo de tipo observacional, de corte transversal descriptivo.

#### Recolección de datos

Los datos fueron obtenidos del Sistema de Información para Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud y de una encuesta estructurada realizada telefónicamente durante los meses de julio de 2020 y abril de 2022. Las pacientes participaron del presente estudio previa aprobación del consentimiento informado.

Para el análisis de las variables se utilizaron medidas de frecuencia (%) y números absolutos.

#### Población y tipo de muestra

Mujeres, sin rango de edad específico, que concurrieron al servicio de maternidad del Hospital Militar Central durante julio de 2020 y abril de 2022 y programaron su cesárea a demanda.

#### Criterios de inclusión

 Mujeres que programaron su cesárea demanda en el servicio de obstetricia del hospital Militar Central en el periodo comprendido entre Julio de 2020 y abril de 2022 para una cesárea a demanda.

#### Criterios de exclusión

- Mujeres con dos o más cesáreas anteriores.
- Mujeres que cursen el embarazo con patologías fetales o maternas donde el parto vaginal está contraindicado.
- Mujeres que iniciaron un trabajo de parto y solicitaron finalizar el embarazo vía cesárea abdominal.

#### Resultados

El total de nacimientos ocurridos en el periodo estudiado fue de 1019. La población de estudio estuvo formada por un total de 119 (12%) nacimientos de mujeres que ingresaron al servicio de obstetricia del Hospital Militar Central para finalizar su embarazo con una cesárea a demanda (Fig.1)

La edad promedio de las mujeres encuestadas fue de 32 años. Cursaron su primera cesárea 37 mujeres (31.1%) y 82 (68.9%) cursaron su segunda cesárea. los motivos de la primer cesárea de esas 82 mujeres fueron: 36 (43.9%) por indicación médica, cesárea electiva 20 (24.4%), no logró la dilatación cervical 15 (18.3%), por falta de descenso de la presentación 7 (8.5%) y porque refirieron baja tolerancia al dolor durante el trabajo de parto 4 (4.9%). Al preguntarles por la experiencia de la cesárea 114 (95.8%) refirieron que fue positiva, 5 (4.2%) mujeres como negativa. Se decidieron programar la cesárea al principio del embarazo 53 (44,5%), mediados del embarazo 46 (38.7%) y finales del embarazo 20 (16,8%). Recibieron información sobre la posibilidad de realizar una ligadura tubaria post parto o cesárea inmediata 7 (5.9%) y 112 (94.1%) no recibieron dicha información. Realizaron el taller de preparación para la maternidad 54 (45.4%) y no lo realizaron 65 (54.6%). Recibieron información sobre la anestesia peridural 43 (36.1%) y 76 (63.9%) no conocían este tipo de analgesia. Las 119 mujeres fueron informadas sobre los riesgos de la cesárea abdominal y el 100% volvería a elegir esta vía de nacimiento.

El motivo por el cual decidieron programar su cesárea fue 32 (26.9 %) por deseo de ligadura tubaria, 30 (25.2 %) no querer atravesar un trabajo de parto, por comodidad 28 (23.6 %), organización familiar 14 (11.7%), %) miedos 15 (11,7 %). (Fig. 2).

Fig.1. Porcentaje de mujeres que finalizaron su embarazo con una cesárea a demanda.

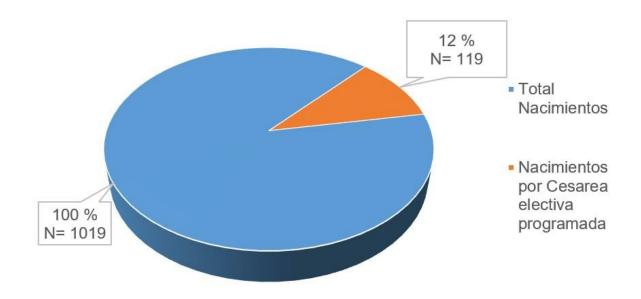
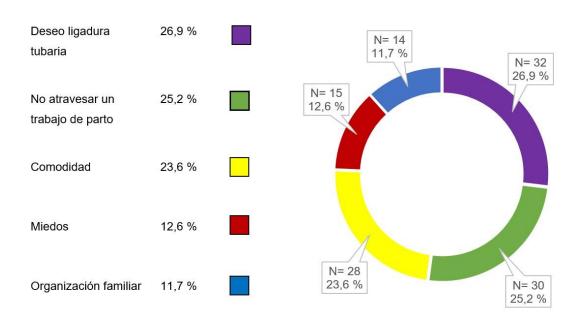


Fig. 2. Motivos Elección Cesárea a demanda.



#### Discusión

El 12% de nuestra población decidió finalizar su embarazo por una cesárea a demanda. Se pudo observar en la investigación realizada junto al análisis de los resultados que uno de los principales motivos por lo que las mujeres eligieron esta vía de nacimiento fue el miedo que tienen de enfrentarse al parto y a atravesar un "doloroso" trabajo de parto, este resultado no coincide con el análisis de nuestro trabajo ya que solo el 12,6% eligió por miedo. (8)

En este estudio el principal motivo por el cual decidieron finalizar su embarazo con una cesárea a demanda fue para realizar una ligadura tubaria 26,9%, este resultado muestra una fuerte influencia de la planificación familiar en cada una de las mujeres, pero a su vez, no podemos dejar de lado que pocas pacientes recibieron información acerca de la ligadura post parto o cesárea inmediata. Estos datos podrían indicar que es importante reforzar y ampliar dicha información durante el control prenatal o curso de preparto y así poder aumentar la posibilidad de opciones.

En cuanto al segundo motivo de elección, no querer atravesar por un trabajo de parto, podemos inferir, tal vez, que se debe a la buena experiencia que atravesaron en la cesárea anterior, ya que el 68.9% de nuestras pacientes cursaba su segunda cesárea, refirieron una experiencia positiva. Este dato coincide además con el resultado hallado en Chile en donde la causa más frecuente de cesáreas, según indicación materna, es la cesárea anterior (7).

Este resultado nos obliga a reforzar la información acerca de los beneficios del parto vaginal en mujeres primíparas. Una posible estrategia podría ser alcanzar mayor promoción y difusión del taller de preparación para la maternidad ya que el 54.6% no concurrió a dicho taller.

Otro aspecto a destacar es que el 44,5% de las mujeres de esta investigación decidieron programar la cesárea a principio del embarazo esto podría mostrar que fue una decisión tomada con tiempo, informada y de manera autónoma.

En síntesis, el presente estudio contribuye a incrementar el conocimiento sobre la problemática, ya que estamos frente a un cambio de paradigma en la atención del nacimiento,

una atención centrada en derechos, es por eso que la responsabilidad como equipo de salud es informar acerca de los riesgos y beneficios de dicha intervención, ampliar posibilidades, sin olvidar que la mujer tiene total autonomía en su elección.

Conocer como equipo de salud, las características de la población sobre la que se trabaja permiten buscar estrategias de acompañamiento amoroso y respetado a las familias que deciden esta vía de nacimiento.

#### Conclusión.

La cantidad de mujeres que eligió esta vía de nacimiento representa el 12% del total. El principal motivo fue el deseo de ligadura tubaria.

#### Conflicto de intereses

El presente trabajo no presenta conflicto de intereses.

#### Referencias

- 1. Piloto Padrón M. Nápoles Méndez D. Consideraciones sobre el índice de cesárea Primitiva. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2018; 40(1):35-47.
- 2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015 [consultado 13 de junio de 2022]. Disponible en https://www.who.int/es/publications
- 3. Ministerio de Salud y Desarrollo Social .Sistema Informático Perinatal para la Gestión. Indicadores Básicos 2018. 2019 [Consultado 18 de junio de 2022]. Disponible en http://www.sadamweb.com.ar/news/2019\_100ctubre/Anuario-SIP-G-2018.pdf
- 4. Olza O. Lebrero Martínez E. ¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias: Vivir cesáreas respetuosas.1ra. Edición. España. Editorial Verticales. 2009
- Odent M. La cesárea: ¿Problema o solución? 1ra Edición. Barcelona. Editorial La liebre de Marzo. 2015
- 6. Hernández S; Basteiro E; Meler E; Cobo T; Figueras F *Cesárea. Hospital Sant Joan de Déu- Universitat de Barcelona.* 2020 PP.2-26
- 7. Schapp C; Sepúlveda E; Robert J.A. Operación Cesárea. Rev Med Clin Condes. 2014; 25(6) 987-992.
- 8. Ruiz Sánchez J. Espino S. Vallejos A. Durán L. Cesárea: Tendencias y resultados. Perinatol Reprod Hum. 2014; 28 (1) 33-40.
- 9. Rego de Castro M; González Riesco M.L; Schneck C.A; Angelo M. Reflexiones sobre las tasas excesivas de cesárea en Brasil y el empoderamiento de la mujer. Rev Cien Saude Colet.2016; 18 (8): 2395-2400
- Secretaria de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. Ministerio de Salud de la Nación. Ley 25929 Parto Respetado. Decreto 2035/2015.
- 11. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley 26.52. Artículo 2° inciso E.

- 1. Capitán Jefa Militar Servicio de Obstetricia Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich.
- 2. Residente Tocoginecología Servicio de Obstetricia Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich.
- 3. Licenciada Obstétrica Servicio de Obstetricia Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich.
- 4. Residente Tocoginecología Servicio de Obstetricia Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich
- 5. Residente Tocoginecología Servicio de Obstetricia Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich

# Embarazadas Adolescentes: Riesgos y Consecuencias Perinatales

**Autores:** 

Dr. Juan Manuel Romero Benítez<sup>1</sup>, Dr. Jorge Gustavo Kundycki<sup>2</sup>, Verónica Ayelén Romero Benítez<sup>3</sup>, Dra. Alejandra Elizalde Cremonte<sup>4</sup>, Dr. Santiago Elizalde Cremonte<sup>5</sup>

#### Resumen:

**Objetivos**: a) Hallar la prevalencia de embarazadas adolescentes y adultas. b) Evaluar la asociación de resultados perinatales en partos de adolescentes y no adolescentes (20 a 35 años) para determinar riesgos y consecuencias perinatales.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y de corte transversal, basado en información sobre 2437 historias clínicas perinatales. Período de estudio 01/01/2021 al 31/03/2022. Muestra de estudio a las gestantes adolescentes de 11 a 19 años (G1) y como grupo de control a las gestantes no adolescentes de 20 a 35 años (G2). Criterios de exclusión: mujeres embarazadas mayores a 35 años. Variables de estudio: vía de culminación, edad gestacional, apgar a los 5 minutos, peso del RN, reanimación del RN e internación conjunta madre/hijo. Análisis estadístico: variables categóricas expresadas en porcentaje, pruebas de significación estadística y 0R. Programa estadístico utilizado SPSS.

Resultados: La prevalencia de embarazos entre 11 a 34 años fue del 90% (n=2194), de los cuales G1 son 22,07% (n= 538) y G2 67,93% (n=1656). Parto vaginal en G1 fue de 82,9% (n=446), por cesárea 17,1% (n=92); en G2 parto vaginal 70,7% (n=1171), por cesárea 29,3% (n=485). Los recién nacidos de término en G1 80,9% (n= 435), pretérmino 19,1% (n=103); en G2 de término 81,8% (n=1355) y de pretérmino 18,2% (n=301). El apgar a los 5 minutos en G1 el 2,4% (n= 13) fueron deprimidos y 97,6% (n=525) fueron vigorosos; en G2 el 1,8% (n=29) fueron deprimido y 98,2% (n=1627) vigorosos. Peso del recién nacido en G1 acorde a la edad gestacional (PAEG) 45,4% (n=244), y no acorde (PBEG) 54,6% (n=294); en G2 fue acorde en un 54% (n=894) y no acorde 46% (n=762). Requirieron reanimación posnatal en G1 el 8,9% (n=48), no la requirieron un 91,1% (n=490); en G2 requirieron reanimación el 5,7% (n=94), no la requirieron el 94,3% (n=1562). Recibieron internación conjunta en G1 el 84,9% (n=457), y no la recibieron el 15,1% (n=81), en G2 recibieron internación el 89,4% (n=1480) y no la recibieron el 10,6% (n=176).

**Conclusión**: La prevalencia de embarazadas adolescentes y no adolescentes se aproxima a valores que informan las literaturas consultadas De todas las variables analizadas en ambos grupos de estudios tuvieron una p significativa la vía de culminación del parto, peso y reanimación del RN e internación conjunta madre/hijo, por lo tanto existiría riesgo perinatal estadísticamente significativo en las variables de morbimortalidad mencionadas.

Palabras claves: embarazos adolescentes, riesgos perinatales, morbimortalidad perinatal.

#### Introducción:

Según la OMS el embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual<sup>1,2</sup>

La prevalencia de embarazos adolescentes varía dependiendo de la región y del grado de desarrollo del país estudiado. En Estados Unidos, anualmente cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, constituyendo un 12,8% del total de embarazos. En países menos desarrollados, la proporción de embarazos adolescentes es de aproximadamente 15,2% en Chile, y del 25% en el caso de El Salvador, Centroamérica, pudiendo llegar a cifras tan elevadas como del 45% del total de embarazos en algunos países africanos<sup>3,4</sup>

El embarazo adolescente ha sido asociado con el incremento en la incidencia de resultados adversos perinatales y maternos. La adolescente embarazada es motivo de gran preocupación porque los conocimientos médicos actuales relacionados con ella confirman su tendencia a sufrir problemas serios de salud que transmite a su hijo con el resultado lógico de un incremento en la morbi-mortalidad perinatal<sup>5</sup>

Numerosas investigaciones realizadas demuestran que los partos prematuros en las pacientes adolescentes estarían más bien relacionados con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. Otras publicaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas<sup>6</sup>

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas<sup>7</sup>

En lo que respecta a las a la vía de culminación del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido probablemente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongado y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Otras investigaciones, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Sin embargo, algunos autores revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes<sup>8</sup>

La revisión de la literatura médica realizadas deja todavía un vacío importante de conocimientos sobre las dificultades y riesgos de la madre adolescente y el recién nacido. Por tal motivo consideramos pertinente realizar un estudio en nuestra maternidad en el que los recién nacidos de madres adolescentes entre 11 y 19 años de edad se comparen entre sí y con un grupo de recién nacidos de gestantes posadolescentes (20 a 35 años) con el objetivo de aclarar si el comportamiento general y su morbilidad son distintos<sup>9</sup>

**Objetivos**: a) Hallar la prevalencia de embarazadas adolescentes y adultas. b) Evaluar la asociación de resultados perinatales en partos de adolescentes y no adolescentes (20 a 35 años) para determinar riesgos y consecuencias perinatales.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y de corte transversal, basado en información sobre 2437 historias clínicas perinatales. Período de estudio 01/01/2021 al 31/03/2022. Muestra de estudio a las gestantes adolescentes de 11 a 19 años (G1) y como grupo de control a las gestantes no adolescentes de 20 a 35 años (G2). Criterios de exclusión: mujeres embarazadas mayores a 35 años. Variables de estudio: vía de culminación, edad gestacional, apgar a los 5 minutos, peso del RN, reanimación del RN e internación conjunta madre/hijo. Análisis estadístico: variables categóricas expresadas en porcentaje, pruebas de significación estadística y 0R. Programa estadístico utilizado SPSS.

**Resultados:** La prevalencia de embarazos entre 11 a 34 años fue del 90% (n=2194), de los cuales **G1** son 22,07% (n= 538) y **G2** 67,93% (n=1656).

La vía de culminación más frecuente fue el parto vaginal en ambos grupos de estudios. Ver tabla N°1.

Tabla N°1.

	Vaginal	Cesárea	Total
G1	446 (82.9%)	92 (17.1%)	538
G2	1171 (70.7%)	485 (29.3%)	1656
	1617 (73.7%)	577 (26.3%)	2194

p=0,00000 | OR= 2,0 | IC 1,56-2,57

Al analizar la edad gestacional la prevalencia fueron prácticamente iguales en recién nacidos de término tanto en G1 y G2. Ver Tabla N°2.

Tabla N°2.

	Término	Pretérmino	Total
G1	435 (80,9%)	103 (19,1%)	538
G2	1355 (81,8%)	301 (18,2%)	1656
	1790 (81,6%)	404 (18,4%)	2194

p= NS | OR= 0,93 | IC 0,73-1,20.

Presentamos recién nacidos vigorosos en porcentajes muy supriores en relación a los recién nacidos deprimidos. Ver tabla Nº 3

Tabla N° 3.

	Deprimidos	Vigorosos	Total
G1	13 (2,4%)	525 (97,6%)	538
G2	29 (1,8%)	1627 (98,2%)	1656
	42 (1,9%)	2152 (98,1%)	2194

p= NS | OR=1,38 | IC 0,71-2,69

Al evaluar los pesos de los recién nacidos en ambos grupos de estudio observamos porcentajes casis muy similares en BPEG y PAEG. Ver Gráfico N°1.

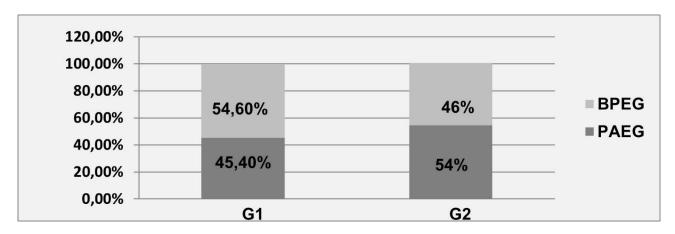
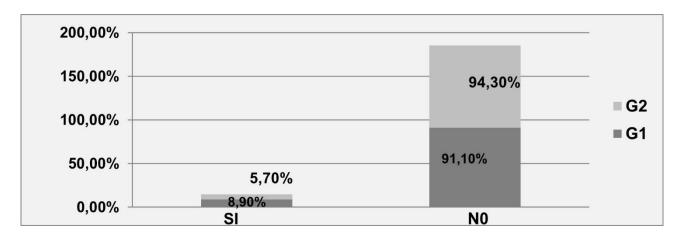


Gráfico N°1

Hallamos mayor prevalencia de neonatos en ambos grupos de análisis que no necesitaron ningún tipo de reanimación posnatal como queda reflejado en el gráfico N° 2.

Ver gráfico N°2.



p= 0,01 | OR= 1,62 | IC 1,73-2,33

Los neonatos de ambos grupos de análisis recibieron internación conjunta madre/hijo y pocos requirieron ser internados en unidad de cuidados intensivos neonatal. Ver tabla N° 4.

Tabla N°4.

	Si Inter/Conj.	No Inter/Conj.	Total
G1	457 (84,9%)	81 (15,1%)	538
G2	1480 (89,4%)	176 (10,6%)	1656
	1937 (88,3%)	257 (11,7%)	2194

p= 0,006 | OR= 0,67 | IC 0,50-0,89

#### Discusión:

En este estudio llama la atención la prevalencia elevada de embarazos en adolescentes y al realizar el estudio estadístico de los resultados obtenidos, observamos que la mayoría de las variables presentan diferencias porcentuales en cuanto a la frecuencia y de todas las variables analizadas en ambos grupos de estudios tuvieron una p significativa la vía de culminación del parto, peso del neonato, reanimación del RN e internación conjunta madre/hijo, Cabría esperar, en base a lo señalado recientemente en la literatura nacional y extranjera, que las verdaderas diferencias entre ambos grupos se produzcan principalmente por dos factores: el primero, dado principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas y descritas clásicamente en la literatura universal. El segundo factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la prevalencia de patologías relacionadas con el embarazo adolescente<sup>10</sup>

Este estudio identifica las complicaciones perinatales más frecuentes en las adolescentes, de gran importancia porque ayudan a desarrollar estrategias de prevención de las complicaciones en esta población vulnerable. Se deben implementar programas específicos preventivos para disminuir y evitar complicaciones perinatales más frecuentes en las adolescentes, de importancia porque ayudan a desarrollar estrategias de prevención de las complicaciones en esta población vulnerable<sup>11</sup>

En varios países se han establecido diversas estrategias para prevenir embarazos en adolescentes pero no todas pueden ser establecidas o utilizadas en todos los ámbitos, ya que deben ser de acuerdo a las necesidades de la población, realizar una adecuada intervención a nivel educativo desde la educación primaria, así como la participación de la familia, principalmente los padres, ya que el conjunto de estos tres sectores, familia, escuela y área de salud forman parte esencial para educar a adolescentes<sup>12</sup>

Finalmente, es necesario plantear la posibilidad de desarrollar estudios futuros en el grupo de mayor riesgo de embarazadas menores de 16 años, adoptar políticas de salud destinadas a la atención integral y multidisciplinaria de los jóvenes, la prevención del embarazo adolescente y medidas tendientes a mejorar la atención de las jóvenes embarazadas, con lo que se obtendrán mejores resultados obstétricos y perinatales 13,14

#### Conclusión:

La prevalencia de embarazadas adolescentes y no adolescentes se aproxima a valores que informan las literaturas consultadas De todas las variables analizadas en ambos grupos de estudios tuvieron una p significativa la vía de culminación del parto, peso y reanimación del RN e internación conjunta madre/hijo, por lo tanto existiría riesgo perinatal estadísticamente significativo en las variables de morbimortalidad mencionadas.

# Bibliografía:

- 1. Jaime Botero Uribe, Alfonso Júbiz Hasbún, Guillermo Henao: Obstetricia y Ginecología texto integrado. 5ª Edición. 1994. Página 372.
- 2. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev Méd Chile 1999; 127: 437-43.
- 3. Sven Cnattingius, M.D., Ph.D., Reinhold Bergström, Ph.D., Loren Lipworth, Sc.D., and Michael S. Kramer, M.D. Prepregnancy Weight and the Risk of Adverse Pregnancy Outcomes. Volume 338:147-152 <u>January 15, 1998</u>, Number 3
- 4. <u>Szostak-Wegierek D</u>, <u>Szamotulska K</u>, <u>Szponar L</u>. Zaklad Profilaktyki Chorob Cywilizacyjnych Instytutu Zywnosci i Zywienia Warszawie, Warsaw. Ginekol Pol. 2004 Sep; 75(9):692-8. Influence of maternal nutrition on infant birthweight.
- 5. Azevedo WF de, Diniz MB, Fonseca ESVB, Azevedo LMR de, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein Sao Paulo Braz. Diciembre de 2015;13(4):618-26.
- 6. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. febrero de 2015;56(2):223-30.
- 7. Montero A, Matamala M, Valenzuela M: Principales características biopsicosociales del embarazo y parto en adolescentes. Rev. Sogia 1999; 6: 10.
- 8. Andersen NE, Smiley DV, Flick LH, Lewis CY: Missouri rural adolescent pregnancy project (MORAPP). Public Health Nurs 2000; 17(5): 355.
- 9. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P, Okumura JA, Maticorena DA, et al. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. Rev. Bras Saúde Materno Infant. diciembre de 2014;14(4):383-92.
- 10. Bendezú G, Espinoza D, Bendezú-Quispe G, Torres-Román JS, Huamán-Gutiérrez RM. Características y riesgos de gestantes adolescentes. Rev. Perú Ginecol Obstet. Enero de 2016;62(1):13-8.
- 11. Eguez JEV, Navarro MIH, Cotto JJR, Arias AJR, Franco HJA, Velastegui AJH. Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. Rev Cuba Med Gen Integral MMWR [en línea]. 15 de febrero de 2022 [citado 29 de febrero de 2020];34(1).

- 12. Reyes O, Erazo A, Carrasco J, Gonzales D, Mendoza A, Mejía M. Complicaciones obstétricas en adolescentes y mujeres adultas con o sin factores de riesgo asociados, Honduras 2016. Arch Med. 12(4):4.
- 13. Rosa A. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. Horiz Méd. Lima. enero de 2015;15(1):14-20.
- 14. Arévalo-Gómez FJ, Torres-Medina YN. Factores de riesgo materno y obstétricos en relación con las complicaciones maternas perinatales en parturientas adolescentes atendidas en el Hospital II 2 Tarapoto, Agosto Diciembre 2016. Universidad Nacional San Martín MMWR [en línea]. 2022 [citado 1 de enero de 2022].
- 1. Médico Asistencial del Sector de Alto Riesgo de la Maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes Capital. Jefe del Servicio de Investigación del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes- Capital. Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
- 2. Jefe de Trabajo Práctico de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
- 3. Alumna de la Facultad de Medicina. Carrera de Medicina. Fundación H.A Barceló
- 4. Médica Asistencial Maternidad del Hospital Ángela Iglesia de Llano. Titular de Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.
- 5. Profesor adjunto de la Cátedra II de Clínica Obstétrica. Hospital Ángela Iglesia de Llano Asociado a La Facultad de Medicina. UNNE.

# Genotipificación del Test De VPH en el Tamizaje Primario para el Cáncer de Cuello Uterino. ¿Tamizar y Tratar en 16 y 18 Positivos con Citología de Alto Grado?

#### **Autores:**

Dres Santiago Orrico<sup>1</sup>, Ana Oronel<sup>1</sup>, Claudia Federiche<sup>1</sup>, Paula Venditti<sup>1</sup>, Gustavo Tanús<sup>1</sup>, Francisco Gago<sup>1</sup>.

#### Introducción:

El tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino con test de VPH ha demostrado tener mayor sensibilidad que los demás métodos de tamizaje. La OMS y la ASCCP recomiendan el tratamiento, sin biopsia confirmatoria, en las pacientes con test de VPH positivo para 16 y 18 y citología de alto grado.

# Objetivo:

Analizar, en nuestra experiencia, los resultados de las mujeres con test de VPH 16 y 18 positivos y citología ASC-H+ (ASC-H, AGC, HSIL y Carcinoma invasor) en el tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino y establecer el riesgo de lesión CIN 2+, con el fin de verificar la conveniencia de la estrategia de tamizar y tratar en este subgrupo de pacientes, según recomendaciones de la OMS y de la ASCCP.

# Material y métodos:

En un trabajo prospectivo de casos, se estudiaron 3685 test de VPH realizados como tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino realizados en el sector de salud pública de la provincia de Mendoza desde Marzo de 2022 (fecha inicio de las tomas) a 01 de Julio de 2022. Los test de VPH se realizaron con sistema COBAS 4800 PCR real time. La técnica identifica 14 genotipos de alto riesgo y reporta individualmente los genotipos 16 y 18. Se realizó triage con citología en todos los casos positivos. Fueron derivadas a colposcopía y eventual biopsia las pacientes no 16/18 positivas con citología ASC+ y todas las 16/18 positivas, independientemente de su citología. Se analizaron los resultados histológicos de pacientes con VPH 16/18 positivo y citología ASC-H+.

#### Resultados:

Del total de test realizados (3.685), 3025 dieron resultados negativos (82 %), 629 dieron positivos (17 %) para VPH en general y 31 no concluyentes (0,84 %). Positivos para no 16/18 = 443 (12,02 %), positivos para 16 = 143 (3,88 %), positivos para 18 = 41 (1,11 %), positivo 16 y = 2 (0,05 %). Se analizaron 30 biopsias bajo control colposcópico de pacientes VPH 16/18

positivas, con citología ASC-H+, con los siguientes resultados: CIN 2+ = 26 (Valor Predictivo Positivo del 0,86) (incluye 2 invasores), CIN 1 = 2, insatisfactorio = 1 y negativo = 1.

#### Conclusiones:

En nuestra experiencia los genotipos 16 y 18 positivos con citología ASC-H+, tuvieron una altísima correlación con patología CIN 2+ (VPP= 0,86). Distinguir los subtipos de mayor riesgo, asociados al triage con citología, mejora la calidad del tamizaje y nos posibilitaría la reducción de tiempos entre el tamizaje y el tratamiento a través de la estrategia de tamizar y tratar en este subgrupo de pacientes. Más estudios se necesitan para evaluar la factibilidad de esta estrategia.

#### Introducción:

El cáncer cérvicouterino (CCU) es uno de los cánceres con la mortalidad más alta en el mundo. Unas 604.000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el mundo en 2020, 342.000 de ellas murieron como consecuencia de la enfermedad (1)

En el año 2012 más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de CCU y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en el continente Americano (2). Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en América aumentará en un 45% para el año 2030. En la Argentina se diagnostican alrededor de 4.500 casos nuevos por año y mueren 2.300 mujeres por esta enfermedad (3). En Mendoza mueren por año aproximadamente 70 mujeres y aparecen alrededor de 200 casos nuevos (4). La mayoría de las mujeres que padecen cáncer cervicouterino, son de bajo nivel socioeconómico, jefas de hogar con muchos hijos a cargo, por lo que esta pérdida, además del impacto en la mortalidad per se, genera personas en situación de calle, esta situación aumenta la pobreza de la población en general. Si bien la Provincia de Mendoza, se ha mantenido dentro de las Provincias con tasas de mortalidad más bajas del Argentina (5), todavía se mantiene casi tres veces mayor que los países de mayor desarrollo socioeconómico.

La citología, acompañada o no de colposcopía, ha sido el gold standard del tamizaje para cáncer de cuello uterino. Los problemas de la citología incluyen la moderada sensibilidad del método (6), lo que hace que deba repetirse anualmente y las deficiencias del mismo, esto es la cantidad de preparados insatisfactorios para su lectura.

La OMS propuso en 2020, la estrategia del 90-70-90 para eliminar el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, el cual incluye aplicar el test de VPH al menos al 70 % de la población entre 30 y 65 años y que por lo menos el 90 % de los casos positivos terminen en tratamiento (7). Asimismo, comparado con el PAP, el test de VPH demostró salvar vidas y ser costo-ahorrativo en nuestro país, según INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS N° 11 (8).

Por estos motivos y debido a las ventajas que tiene el tamizaje con test de VPH sobre la citología, comenzamos a implementar, a partir de Marzo de 2022, en la Provincia de Mendoza, para el sector público de salud, la genotipificación con test de VPH para el tamizaje primario del cáncer de cuello uterino.

El número de mujeres a tamizar en toda la Provincia de Mendoza, entre 30 y 65 años, calculando el 40 % que no tiene cobertura de salud privada es de 159 mil aproximadamente.

Se confeccionaron guías de implementación y conducta ante el test de VPH como tamizaje primario, que se publicaron en edición impresa y en la página del Programa www,pap.mendoza.gov.ar (7). Se capacitaron a los efectores de salud pública de la Provincia y se reorganizó la red de referencia y contrareferencia de los diferentes centros de salud y hospitales.

El grupo etario de aplicación del test de VPH fue entre los 30 y los 65 años.

# Objetivo:

Analizar, en nuestra experiencia, los resultados de las mujeres con test de VPH 16 y 18 positivos y citología ASC-H+ (ASC-H, AGC, HSIL y Carcinoma invasor) en el tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino y establecer el riesgo de lesión CIN 2+, con el fin de verificar la conveniencia de la estrategia de tamizar y tratar en este subgrupo de pacientes, según recomendaciones de la OMS y de la ASCCP.

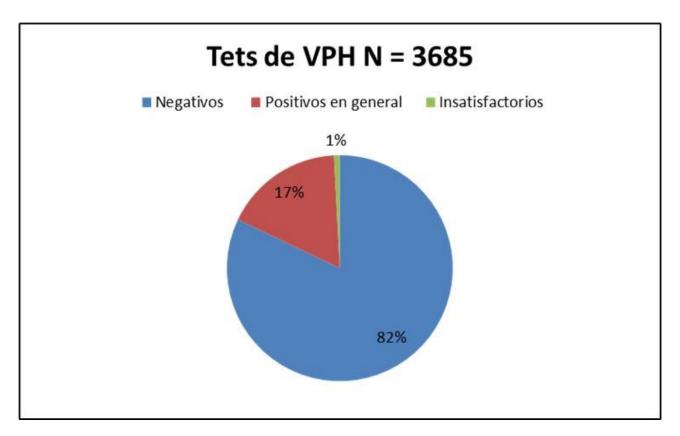
# Material y métodos:

En un trabajo prospectivo de casos, se estudiaron 3685 test de VPH realizados como tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino realizados en el sector de salud pública de la provincia de Mendoza desde Marzo de 2022 (fecha inicio de las tomas) a 01 de Julio de 2022. Los datos fueron extraídos de la base de datos del Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino y Mama. Ministerio de Salud. Mendoza. Los test de VPH se realizaron con sistema COBAS 4800 PCR real time. La técnica identifica 14 genotipos de alto riesgo y reporta individualmente los genotipos 16 y 18. Se realizó triage con citología en todos los casos positivos. Fueron derivadas a colposcopía y eventual biopsia las pacientes no 16/18 positivas con cualquier citología anormal (ASC +) y todas las 16/18 positivas independientemente del resultado de la citología. Se analizaron los resultados histológicos de pacientes con VPH 16/18 positivo y citología de alto grado (ASC-H+).

### Resultados:

Del total de test realizados (3.685), 3025 dieron resultados negativos (82 %), 629 dieron positivos para VPH en general (17 %) y 31 no concluyentes (0,84 %) (Gráfico 1).

De los 629 positivos en general, obtuvimos: positivos para no 16/18 = 443 (70 %), positivos para 16 = 143 (23 %), positivos para 18 = 41 (7 %), (Gráfico 2).



**Gráfico 1** 

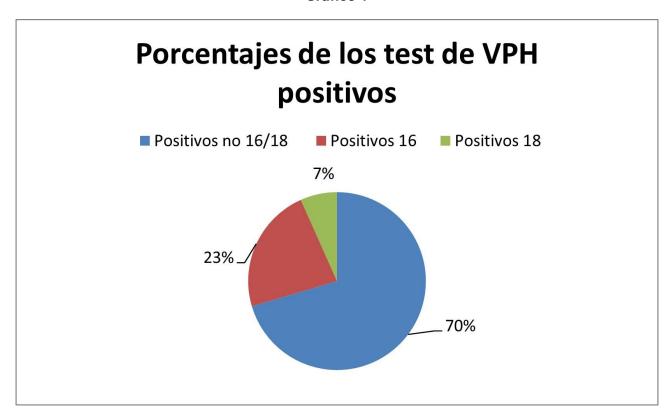


Gráfico 2

De un total de 184 test de VPH positivos para 16/18, la citología correspondiente fue:

Sin citología (por diferentes razones no se obtuvo): 14, insatisfactorios: 4, negativos: 66, ASCUS: 28, LSIL: 18, ASC-H: 16, HSIL: 35, sospecha de invasión: 3 (Tabla 1).

Sin citología	Insatisfactorios	Negativos	ASCUS	LSIL	ASC-H	HSIL	Invasor
14	4	66	28	18	16	35	3

Tabla 1.

De las 54 mujeres que cumplían con los requisitos (test de VPH positivo para 16/18 con citología ASC-H +), analizamos a 30 con biopsia guiada por colposcopía y legrado endocervical. Las demás pacientes se encuentran en espera de diagnóstico al momento de finalizar el trabajo.

Obtuvimos los siguientes resultados: CIN 2+ = 26 (Valor Predictivo Positivo del 0,86) (incluye 2 invasores), CIN 1 = 2, insatisfactorio = 1 y negativo = 1 (tabla 2).

Biopsias cervicales de test de VPH 16/18 positivos con citología ASC-H +		
	CIN 2 +	VPP para CIN 2 +
N = 30	26 de 30	0,86 %

Tabla 2.

#### Discusión:

El objetivo principal del tamizaje en la prevención del cáncer de cuello uterino, es la detección de pacientes en riesgo de desarrollar la enfermedad y a través de la destrucción o escisión de lesiones precancerosas (CIN 2, CIN 3, AIS), lograr prevenir el desarrollo del cáncer invasor. En estudios de CIN 3 no tratado, el riesgo a largo plazo de desarrollar el cáncer invasor llegó al 30% (9).

La OMS propone, dentro del Manual "Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cervicouterino.", en el capítulo MANEJO DE MUJERES CON RESULTADO POSITIVO DE PRUEBA DE VPH, varias estrategias que se pueden usar para manejar a las mujeres con resultados positivos en la prueba del VPH (10). Las decisiones deben tomarse en base a una evaluación de la capacidad del sistema de salud, los recursos humanos y financieros disponibles y otros factores contextuales. Además, las estrategias seleccionadas deben tener en cuenta el número de visitas que tendrán que realizar las mujeres. Completar el proceso de cribado y tratamiento, puede suponer un mayor número de visitas y una mayor pérdida de mujeres y aumentar los costos del programa.

Para que la prevención del cáncer cervicouterino sea eficaz, el tamizaje positivo debe vincularse con un tratamiento eficaz. La OMS ha propuesto, en base a la evidencia científica, dos opciones de vinculación del tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas del cuello uterino:

#### 1. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento:

Este enfoque consiste en realizar una prueba de tamizaje y dar seguimiento al resultado positivo (test de VPH con o sin citología), utilizando la colposcopia con biopsia para confirmar histológicamente el diagnóstico preneoplásico. El tratamiento dependerá luego de los resultados de la confirmación histológica. Por ejemplo, si se ha confirmado histológicamente un CIN2+, la mujer recibe tratamiento y si en la histología se encuentra un cáncer invasor, se la deriva a un hospital de atención terciaria.

#### 2. Tamizaje y tratamiento:

El agregado de un paso diagnóstico después del tamizaje, antes del tratamiento de las lesiones preneoplásicas, puede dar lugar a la pérdida de numerosas pacientes que no regresarán para el seguimiento porque se requieren visitas adicionales y un intervalo de tiempo más largo entre el tamizaje y el tratamiento. A fin de reducir esas pérdidas para el seguimiento, se ha desarrollado el enfoque de tamizaje y tratamiento, estrategia que se está adoptando cada vez más en todo el mundo.

El enfoque de tamizaje y tratamiento utiliza la prueba de VPH positivo para 16/18 solo o con citología HSIL, ASC-H y AGC+.

El enfoque de tamizaje y tratamiento elimina las visitas y el tiempo adicionales requeridos para el paso diagnóstico.

Una limitación del enfoque de tamizaje y tratamiento es que la falta de un paso diagnóstico puede dar lugar a falsos resultados positivos y a tratamientos innecesarios. Sin embargo, las preocupaciones por el tratamiento innecesario se deben sopesar con la baja de la morbilidad, posibilitada por el beneficio general de conseguir mayores tasas de tratamiento. La decisión de realizar tamizaje y tratamiento deberá ser ejecutada en centros de complejidad secundaria (con todo el equipamiento requerido para realizarlo bajo control colposcópico y capaz de resolver posibles complicaciones).

Las Guías de Consenso de la Asociación Americana de Patología del Tracto Inferior y Colposcopía del 2019 (11), también recomiendan un enfoque similar. Las recomendaciones se basan en el riesgo, no en los resultados. Las tablas de estimaciones de riesgo para posibles combinaciones de resultados de la prueba de detección con test de VPH, se han generado a partir de una cohorte prospectiva longitudinal de más de 1,5 millones de pacientes seguidos durante más de una década. Los trabajos de Khan y col (12), nos dicen que el riesgo de tener o desarrollar neoplasia intraepitelial cervical (CIN ) de grado 3 o superior (CIN3 +) se puede estratificar en función de los resultados de la genotipificación parcial en una prueba de VPH. Las tasas de incidencia acumulada (CIR ) de CIN3 +, incluido el cáncer, durante un período de 10 años son:

17.2% para mujeres con resultado positivo en la prueba del VPH oncogénico (tipo 16)

13,6% para mujeres con resultado positivo en la prueba del VPH oncogénico (tipo 18)

3% para mujeres con resultado positivo en la prueba del VPH oncogénico (no 16/18)

0,8% para mujeres en las que no se detecta el VPH oncogénico.

Si a estos datos les sumamos el resultado del triage con citología, que tiene alta especificidad, el riego de CIN 3+ aumenta de forma importante en los casos de citología positiva.

Dentro de esas recomendaciones, en pacientes no embarazadas, de 25 años o más, se prefiere tratamiento acelerado, es decir, no precedido de una biopsia de confirmación, cuando el riesgo inmediato de CIN 3+ es ≥60% y es aceptable para aquellos con riesgos entre el 25% y el 60%. Esta situación se produce cuando el test de VPH es positivo para 16/18 y la citología es de alto grado (son CIN 3+ en 49% a 75% de los casos). Se prefiere que las pacientes con riesgos iguales o superiores a este umbral reciban tratamiento acelerado a menos que estén embarazadas, sean menores de 25 años o tengan inquietudes sobre los posibles efectos del tratamiento en los resultados de futuros embarazos que superen las preocupaciones sobre el cáncer

En nuestro trabajo contemplamos el riesgo de CIN 2+ para pacientes con test de VPH positivo no 16/18 y no del CIN 3+, en consonancia con los trabajos que históricamente han tomado este parámetro como decisorio de necesidad de tratamiento.

No debe confundirse la estrategia de tamizar y tratar (screening and treat) que propone este trabajo, con la estrategia ver y tratar (see and treat). En esta última se usa la colposcopía o la inspección con ácido acético con o sin citología y se decide el tratamiento inmediato, conducta que genera gran cantidad de tratamientos innecesarios. Cuando partimos de una genotipificación positiva para 16/18, aunado a una citología de alto grado, el valor predictivo positivo se asemeja al de la biopsia guiada colposcopicamente, por lo que los falsos positivos y por consiguiente los tratamientos innecesarios, se reducen drásticamente.

La estrategia de tamizar y tratar contempla dos contraindicaciones absolutas: embarazo y sospecha de invasión. Estas son las causas por las que esta conducta debería ser realizada en centros capacitados y con los recursos necesarios para poder hacer el tratamiento bajo control colposcópico y resolver posibles complicaciones.

#### Conclusiones:

En nuestra experiencia los genotipos 16 y 18 positivos con citología ASC-H+, tuvieron una altísima correlación con patología CIN 2+ (VPP= 0,86). Distinguir los subtipos de mayor riesgo, asociados al triage con citología, mejora la calidad del tamizaje y nos posibilitaría la reducción de tiempos entre el tamizaje y el tratamiento a través de la estrategia de tamizar y tratar en este subgrupo de pacientes. La estrategia de tamizar y tratar, podría convertirse en la llave para disminuír rápidamente el cáncer de cuello uterino, sobre todo en el ámbito de la salud pública en nuestro país. Más estudios se necesitan para evaluar la factibilidad de esta estrategia.

### Bibliografia:

- 1. El cáncer cervicouterino es prevenible, la OMS llama hacer historia eliminándolo, on line https://news.un.org > story > 2022/01.
- 2. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington, DC: OPS, 2014.
- 3. Instituto Nacional del Cáncer, Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, on line 2022.
- 4. Infosalud, Departamento de Bioestadística, Registro de Defunciones, Ministerio de Salud, Desarrollo Social y deportes, Provincia de Mendoza, 2022.
- 5. SIVER/INC-Ministerio de Salud de la Nación en base a registros de mortalidad de la DEIS-Argentina, 2014.
- 6. Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society.
- 7. Guías para la implementación del test de VPH como tamizaje primario para el cáncer de cuello uterino en la Provincia de Mendoza, on line en www.pap.mendoza.gov.ar.
- 8. INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS N° 11. Test de VPH en estrategia de screening primario para detección de cáncer cervicouterino.(CONETEC/MSAL) publicado en Marzo de 2021.
- 9. McCredie MRE, Sharples KJ, Paul C, et al. Natural history of cervical neoplasia and risk of invasive cancer in women with cervical intraepithelial neoplasia 3: a retrospective cohort study. Lancet Oncol 2008.
- 10. Integrating HPV testing in cervical cancer screening program: a manual for program managers. Pan American Health Organization Washington, D.C.: PAHO, 2016.
- 11. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors Rebecca B. Perkins y col. J Low Genit Tract Dis 2020;24: 102–131.
- 12. The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice Michelle J Khan J Natl Cancer Inst . 2005 Jul 20;
- 1. Programa de Prevención y Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino y Mama. Ministerio de Salud. Mendoza.

# Factores de riesgo y pronósticos en pacientes con cáncer de mama y embarazo

**Autores:** 

Medeot V<sub>1</sub>, Clavijo J<sub>1</sub>, Luchini H<sub>2</sub>, Lopez C<sub>1</sub>, Rosato O<sub>1</sub>.

#### Introducción

El cáncer de mama (CM) es una de las neoplasias malignas más comunes que se presentan durante el embarazo. Afecta entre el 0,2% y el 3,8% de todas las mujeres embarazadas. Esta nefasta asociación generalmente se presenta con tumores en etapas avanzadas por lo que sería necesario conocer qué factores podrían estar asociados a esta especial forma de asociación.

# Objetivo

Reconocer factores de riesgo y pronósticos en pacientes con cáncer de mama asociado a embarazo (CMAE) en nuestra población hospitalaria.

# Pacientes y método

Estudio retrospectivo y prospectivo de casos controles en pacientes menores de 45 años con diagnóstico de CM (testigo) y pacientes con diagnóstico CMAE (problema) desde el año 2000 al 2019 en el HUMN, FCM, UNC.

### Resultados

Se analizaron 124 pacientes con CM menores de 45 años, 24 pacientes con (CMAE) grupo problema y 100 pacientes con (CM) sin embarazo asociado (grupo Testigo). Las pacientes con CMAE resultaron más jóvenes. La menarca se presentó a los 12 años promedio en ambos grupos. Antecedente de gestaciones previas en el 80,6% de todas pacientes (Testigo 80% vs CMAE 83,3%). El 31,5% tuvieron antecedentes familiares de 1° grado de CM, y de 2°grado, la cifra alcanzó el 41,9%; sin diferencia entre series. Tendencia a mayor tamaño tumoral y metástasis en pacientes CMAE respecto a Testigo.

El 50% de CMAE se presentaron con tumores avanzados y el 25% con metástasis de inicio. El Carcinoma Ductal Invasor fue el tipo histológico más frecuente en ambos grupos (88,7%). Mayor frecuencia de tumores indiferenciados en CMAE respecto a Testigo (p<0,05). No se observaron diferencias en cuanto al estado de receptores hormonales y HER2-Neu.

#### Conclusiones

El CMAE es una asociación compleja tanto para la paciente, su familia y el equipo médico actuante. Debemos agudizar su detección, estar atentos a cualquier modificación en la

glándula mamaria durante la gestación o lactancia y tener en cuenta los antecedentes familiares de las pacientes.

Numero citas bibliográficas: 22

Palabras claves: cáncer de mama y embarazo – cáncer de mama en mujeres jóvenes

#### Introducción

El cáncer de mama (CM) es una de las neoplasias malignas más comunes que se presentan durante el embarazo. Por definición, el cáncer de mama asociado a el embarazo (CME) ocurre durante el embarazo o un año después del parto o durante la lactancia. (1)

El cáncer de mama afecta entre el 0,2% y el 3,8% de todas las mujeres embarazadas. (2)

Debido a que las mujeres actualmente retrasan cada día más su maternidad (más de 30 años) (3) y a la mayor frecuencia de detección en mujeres jóvenes, se puede suponer que la incidencia de los mismos, continuará aumentando en el futuro.(3, 4, 5)

Estos carcinomas con frecuencia se detectan en un estadio avanzado de la enfermedad consecuencia de los cambios inducidos durante el embarazo. (5)

El CM no sigue las relaciones lineales más comúnmente observadas entre la incidencia y la edad, lo que sugiere un papel complejo de varios factores de riesgo en el desarrollo temprano. Los factores de riesgo para desarrollar cáncer a una edad más temprana se asocian a: edad de la menarca, edad en la menopausia, edad del primer embarazo, antecedentes familiares,etc. (6)

El CM en mujeres jóvenes se diagnostica habitualmente en etapas avanzadas posiblemente debido a diagnóstico tardío, características tumorales desfavorables ( tumores de mayor tamaño, mayor frecuencia de axilas positivas y presencia de metástasis al momento del diagnóstico), así como a mutaciones genéticas y/o antecedentes familiares de CM. (7) Además, en estas pacientes se observan carcinomas más indiferenciados, mayor incidencia de carcinomas invasores y de carcinomas triple negativos. (8)

# Objetivo

Reconocer factores de riesgo y pronósticos en pacientes con cáncer de mama y embarazo presentes en nuestra población.

Establecer si existen diferencias entre ambos grupos con respecto a edad de presentación, menarca, gestas previas, antecedentes familiares, tamaño tumoral estadio de presentación, demora diagnostica, tipo histológico, grado histológico e inmunohistoquimica.

# Material y método

Para el presente estudio se recurrió a registros y pacientes actuales del Servicio de la 2ª Cátedra de Ginecología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la Universidad Nacional de Córdoba.

De la población completa de pacientes con diagnóstico de CM, tratadas durante el periodo 2000-2019, limitamos nuestra investigación a la cohorte de aquellas que tienen hasta 45 años de edad (jóvenes) al momento de su diagnóstico. De dicha cohorte se seleccionan nuestra serie de casos y controles como se explica a continuación.

La serie de casos se configuró incluyendo todas las pacientes de la cohorte mencionada (CM hasta 45 años) que cumplieran con el criterio diagnóstico de CME. Los datos se obtienen tanto de forma retrospectiva (periodo 2000-2015) como prospectiva (2016 en adelante).

El grupo control (Testigo), configurado por controles concurrentes emparejados en edad, es una muestra no probabilística de pacientes de la misma cohorte de donde se obtuvo la serie de casos, pero sin la condición / exposición a embarazo asociado.

#### Resultados

Se analizaron 124 pacientes consecutivas con cáncer de mama (CM) con un máximo de 45 años de edad al diagnóstico, atendidas y controladas en el Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, entre el 1º enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2017; se distinguieron dos series de interés: a) Serie problema (CMAE): 24 pacientes de CM y embarazo asociado y b) Serie Testigo: 100 pacientes con CM sin embarazo asociado.

Se observó que las pacientes con embarazo asociado resultan significativamente más jóvenes que sus pares sin embarazo (tabla 1). Siendo la mediana de 33 años para CMAE vs 39.5 años ´para la serie Testigo con una p < 0.001.

Tabla 1. Edad al diagnóstico de Cáncer de mama. Datos discriminados por series de pacientes CMAE y serie Testigo sin embarazo asociado. (n=124)

CEDIEC	Mediana	Rango Inte	ercuartílico	Rar	ngo	_
SERIES	iviediana	Q1	Q3	Mín.	Máx.	P
Testigo (n = 100)	39,50	36,00	43,00	26,00	45,00	< 0.001
CMAE (n = 24)	33,00	30,25	38,75	23,00	42,00	\ 0,001

Referencias: Valores expresados en años de edad. **Q1 y Q3:** Primer y tercer cuartil de la distribución ordenada de valores de edad. **p**: Significación estadística bilateral de una prueba U de Mann-Whitney, simplificado intencionalmente en < 0,001, siendo su valor real aún menor (p = 0,000166

La mediana para menarca de la muestra se ubicó en los 12 años de edad (RIC 12-13 años), dentro de un rango comprendido entre los 8 y 16 años, sin diferencia entre pacientes con y sin embarazo asociado (tabla 2).

Tabla 2. Edad de menarca. Datos discriminados por series de pacientes CMAE y serie Testigo sin embarazo asociado. (n=124)

SERIES	Mediana	Rango Int	ercuartílico	Ra	ngo	_
SERIES	iviediana	Q1	Q3	Mín.	Máx.	P
Testigo (n = 100)	12	12	13	8	16	0.621
CMAE (n = 24)	12	12	13	9	14	0,621

Referencias: Valores expresados en años de edad. **Q1 y Q3:** Primer y tercer cuartil de la distribución ordenada de valores de edad. **p:** Significación estadística bilateral de una prueba U de Mann-Whitney.

El antecedente de gestaciones previas estuvo presente en 80,6% de todas pacientes analizadas, sin diferencias significativas (Testigo 80% vs 83,3% CMAE). El 31,5% de la cohorte (n=39) tuvieron antecedentes familiares en primer grado de CM, al considerar filiación de segundo grado la cifra alcanza 52 casos (41,9%); sin diferencia de consideración entre series de interés. (tabla 3)

Tabla 3. Frecuencias del antecedente familiar de cáncer de mama y gestaciones previa, en la cohorte y discriminado para series CMAE y Testigo sin embarazo asociado. (n=124)

		SERIES							
		COL	HORTE	TE	STIGO	C	MAE		
VARIABLE	CATEGORÍAS	n	%	n	%	n	%	p	Test
Antecedente familiar									
de cáncer de mama	No	85	68,5%	69	69,0%	16	66,7%	1,000	[1]
(en 1er grado)	Si	39	31,5%	31	31,0%	8	33,3%		
Antecedente familiar									
de cáncer de mama	No	72	58,1%	59	59,0%	13	54,2%	0,841	[1]
(hasta 2do grado)	Si	52	41,9%	41	41,0%	11	45,8%		
Gestaciones previas									
	No	24	19,4%	20	20,0%	4	16,7%	1,000	[2]
	Si	100	80,6%	80	80,0%	20	83,3%		

Referencias: n: número de pacientes; %: porcentaje de pacientes. **Test**: Prueba estadística empleada para el contraste de frecuencias entre series: [1] Chi cuadrado de Pearson con corrección de continuidad de Yates; [2] Test exacto de Fisher. - **p**: Significación estadística de la prueba estadística correspondiente.

El tiempo de demora en el diagnóstico resultó significativamente mayor en pacientes de la serie CMAE (6 meses; RIC 5,25-11,5 meses) respecto a la serie Testigo (3 meses; RIC 2-6 meses) (p < 0,005). (tabla 4)

Tabla 4. Tiempos de demora en el diagnóstico de Cáncer de mama. Valores discriminados para series CMAE y Testigo sin embarazo. (n=124)

CEDIEC	Mediana	Rango Inte	ercuartílico	Ra	ngo	_
SERIES	iviediana	Q1	Q3	Mín.	Máx.	Р
Testigo (n = 100)	3,00	2,00	6,00	0,00	72,00	< 0.005
CMAE (n = 24)	6,00	5,25	11.50	1,00	48,00	\ 0,003

Referencias: Valores expresados en meses. **Q1** y **Q3**: Primer y tercer cuartil de la distribución ordenada de valores de edad. p: Significación estadística bilateral de una prueba U de Mann-Whitney, simplificado intencionalmente en < 0,005, siendo su valor real menor (p = 0,00146).

En tabla 5 se muestra la distribución de las pacientes (global, testigo y CMAE), entre las distintas categorías de cada parámetro TNM patológico. Se observó una tendencia significativa a peor clasificación en tamaño tumoral y mayor frecuencia de metástasis en pacientes CMAE respecto a serie Testigo. El 50% de CMAE vs 25% de Testigo fueron clasificadas T3/T4, y el 8,3% vs el 23% presentaron tumores menores a 2 cm (p <0,05). Por otro lado, el 25% de los CMAE presentaron metástasis de inicio en relación al 2% de las Testigo p<0,001.

Tabla 5.- Distribución de pacientes, de la cohorte y discriminada por series, de acuerdo a categorías T.N.M patológico. (n=124)

		SERIES							
		COL	HORTE	TE	STIGO	C	MAE		
PARÁMETROS TNM	CATEGORÍAS	n	%	n	%	n	%	p	Test
Tamaño tumor									
primario (T)	T0 / Tis / T1	25	20,2%	23	23,0%	2	8,3%		
	T2	62	50,0%	52	52,0%	10	41,7%	0,038	[1]
	T3 / T4	37	29,8%	25	25,0%	12	50,0%		
Compromiso									
ganglionar	NO	55	44,4%	48	48,0%	7	29,2%		
axilar (N)	N1	54	43,5%	43	43,0%	11	45,8%	0,058	[1]
	N2 / N3	15	12,1%	9	9,0%	6	25,0%		
Metástasis									
a distancia (M)	M0	116	93,5%	98	98,0%	18	75,0%	< 0,001	[2]
	M1	8	6,5%	2	2,0%	6	25,0%		

Referencias: **Test**: Prueba estadística empleada para el contraste de frecuencias entre series: [1] Chi cuadrado de Pearson con dos grados de libertad; [2] Test exacto de Fisher. - p: Significación estadística de la prueba correspondiente. Se resaltó en negrita las diferencias significativas para un nivel p < 0.05 (alfa 5%).

La tabla 6 y figura 1 muestran la distribución de pacientes analizadas de acuerdo a estadios del cáncer por criterios AJCC, donde se pueden apreciar las diferencias entre ambas series.

Se destaca la elevada frecuencia relativa de estadios IV entre pacientes CMAE, la cual sería hasta 4 veces superior a la frecuencia esperada por simple azar. Además, también se observó mayor frecuencia relativa de estadios III. Se decidió reagrupar los estadios en dos estratos: a) "Estadios avanzados" (estadios III y IV), y b) "Estadios no avanzados" (estadios más tempranos a III). Se halló "estadio avanzado" en 54,2% CMAE vs 24% de las pacientes Testigo (Chi cuadrado con corrección de Yates, p=0,008).

Tabla 6.- Distribución de pacientes, de la cohorte y discriminada por series, de acuerdo a estadios CM por criterios de la American Joint Committee on Cancer (AJCC). (n=124)

			SERIES					
	COH	COHORTE		TIGO	CMAE			
ESTADIOS	n	%	n	%	n	%		
0	4	3,2%	3	3,0%	1	4,2%		
IA	17	13,7%	16	16,0%	1	4,2%		
II A	30	24,2%	26	26,0%	4	16,7%		
II B	36	29,0%	31	31,0%	5	20,8%		
III A	18	14,5%	13	13,0%	5	20,8%		
III B	10	8,1%	8	8,0%	2	8,3%		
III C	1	0,8%	1	1,0%	0	0,0%		
IV	8	6,5%	2	2,0%	6	25,0%		

Referencias: n: número de casos; %: porcentaje de casos; CMAE: cáncer de mama y embarazo.

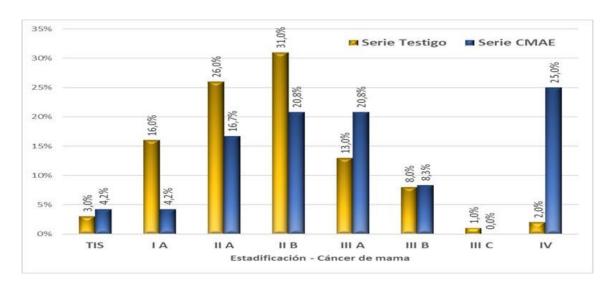


Figura 1.- Distribución de pacientes de acuerdo a estadios de la American Joint Committee on Cancer para Cáncer de mama, discriminado para serie CMAE (n=24) y serie Testigo de CM sin embarazo asociado (n=100). Los valores se representan en porcentaje de casos. (n=124)

El Carcinoma Ductal Invasor (CDI) fue el tipo histológico más frecuente, presente en 88,7%; (95,8% CMAE y el 87% Testigo p=0,301). Le siguió en frecuencia el Carcinoma Ductal *in situ* (CDIS), 7,3%, el Carcinoma Lobulillar Invasor (CLI) y un caso de Carcinoma Tubular. En cuanto a grado de diferenciación tumoral, se observó una frecuencia relativa mayor de tumores indiferenciados Grado III en CMAE respecto a Testigo (41,7% vs 20% respectivamente; p<0,05). No se observaron diferencias significativas entre series en cuanto a estado de receptores hormonales y HER2-Neu. El marcador Ki67% cualitativo se estudió en sólo 39 pacientes de la cohorte (31,5%). (tabla 7)

Tabla 7.- Distribución de pacientes de la cohorte y discriminado por series, de acuerdo a variables histopatológicas e inmunohistoquímicas. (n=124)

VARIABLE	CATEGORÍAS			SERIES					
		COHORTE		TESTIGO		CMAE			
		n	%	n	%	n	%	p	Test
Tipo de CM				T C					
histopatológico	Ductal in Situ	9	7,3%	8	8,0%	1	4,2%		
	Ductal invasor	110	88,7%	87	87,0%	23	95,8%		
	Lobulillar inv. u otro	5	4,0%	5	5,0%	0	0,0%		
Grado histológico									
tumoral	1/11	94	75,8%	80	80,0%	14	58,3%	0,035	[2]
	III	30	24,2%	20	20,0%	10	41,7%		
Receptor de									
estrógeno (RE)	Negativo	29	23,4%	22	22,0%	7	29,2%	0,634	[1]
	Positivo	95	76,6%	78	78,0%	17	70,8%		
Receptor de							- 91		
progesterona (RP)	Negativo	35	28,2%	27	27,0%	8	33,3%	0,714	[1]
	Positivo	89	71,8%	73	73,0%	16	66,7%		
RE/RP doble							a to to the state of the state		
negativo	Si	25	20,2%	20	20,0%	5	20,8%	1,000	[2]
	No	99	79,8%	80	80,0%	19	79,2%		
HER2-Neu									
	Negativo	48	56,5%	42	56,0%	6	60,0%	1,000	[2]
	Positivo	37	43,5%	33	44,0%	4	40,0%		
	No determinado	39		25		14			
KI67% cualitativo									
	Negativo	21	53,8%	16	47,1%	5	100,0%	0,051	[2]
	Positivo	18	46,2%	18	52,9%	0	0,0%		77.000
	No determinado	85		66		19	-		

Referencias: n: número de casos; %: porcentaje de casos; CMAE: cáncer de mama y embarazo. **Test**: Prueba estadística empleada para el contraste de frecuencias entre series: [1] Chi cuadrado de Pearson con corrección de Yates; [2] Test exacto de Fisher. - **p**: Significación estadística de la prueba correspondiente. Se resaltó en negrita las diferencias significativas para un nivel **p** < 0,05 (alfa 5%).

#### Discusión

El cáncer de mama y embarazo es una asociación que por los cambios en el estilo de vida y culturales (retardo en la maternidad, mejores métodos diagnósticos entre otros) cada vez veremos con mayor frecuencia. (3,4,6).

En nuestro estudio el 19.3% de las pacientes menores de 45 años presentó esta asociación siendo más frecuente que lo reportado por otros autores la cual varía de 2.6% al 15.6% (9,10, 11,)

Las pacientes con CMAE resultaron más jóvenes que sus pares sin embarazo, (33 años vs 39.5 p < 0,001), datos que se equiparan a los reportados por Genin y Matos (9,12) siendo más jóvenes que lo descripto por Azim en un metaanálisis cuya edad media de presentación fue de 36 años (13).

La mediana para la menarca se ubicó en los 12 años de edad, r: 8 y 16 años, sin diferencia entre pacientes con y sin embarazo asociado, lo que coincide con la literatura en general(14)

El antecedente de gestaciones previas estuvo presente en 80,6% de todas pacientes analizadas, sin diferencias significativas (Testigo 80% vs CMAE 83,3%) lo que significa bajo nivel de pacientes nulíparas; esto podría estar relacionado con los nuevos estudios que sugieren que los cambios que se producen por la lactancia promoverian condiciones favorables para el desarrollo del cáncer de mama hasta 10 años posteriores al embarazo (15)

El 33,3 % de las pacientes con CME tuvieron antecedentes familiares en primer grado de CM sin diferencias con las pacientes CM que presentaron antecedentes familiares en el 31% de los casos, al considerar filiación de segundo grado la cifra alcanza el 45,8% vs el 41 en las sin embarazo asociado, no llegando a ser una diferencia significativa entre ambos. Sin embargo, es de gran importancia que las pacientes menores de 45 años con antecedentes familiares de 1 o 2 grados tienen un rango de riesgo de 2,5 veces mayor de presentar un cáncer de mama a edad temprana por lo que es necesaria un control más exhaustivo y temprano que la población general (16).

El tiempo de demora en el diagnóstico resultó significativamente mayor en pacientes con CMAE (6 meses) respecto a la serie Testigo (3 meses) p < 0,005. Esto podría deberse a los cambios propios en la glándula mamaria durante la lactancia que podrían ocultar lesiones, falta de screening mamario durante el embarazo, entre otros. Esta demora diagnostica podría conllevar una peor sobrevida. Nuestra demora diagnostica fue mayor que la informada por Toesca que reportan una demora diagnóstica de entre 1 a 3 meses (17).

Se observó una tendencia significativa de tumores más avanzados y mayor frecuencia de metástasis en pacientes CMAE. En cuanto al tamaño tumoral el 50% de CMAE fueron diagnosticados como tumores T3/ T4 vs el 25% de los testigos, mientras sólo el 8,3% de los CMAE fueron clasificadas T0/T1 vs el 23% respectivamente (p <0,05).

En relación al compromiso axilar, ambos grupos presentaron alta incidencia de axilas positivas, 70% CMAE vs 52% Testigo p<0,058. Por otro lado 25 % de los CMAE presentaron metástasis de inicio en relación al 2 % de las Testigo p<0,001.

Estos datos se correlación con lo reportado en numerosos estudios donde observaron que las pacientes con CMAE presentaban tumores más grandes con mayor numero de axilas positivas y mayor frecuencia de metástasis de inicio. (9.13.17.18.19.20)

Se destaca la elevada frecuencia de estadios IV entre pacientes CMAE, la cual sería hasta 4 veces superior a la esperada por simple azar.

Se decidió reagrupar los estadios en dos estratos: a) "Estadios avanzados" (estadios III y IV), y b) "Estadios no avanzados" (estadios I y II). Se observo que el 54.2% de las pacientes con CMAE presentaban "estadio avanzado" vs 24% de las pacientes Testigo p=0,008. Esto está en relación con lo que refiere la literatura y los metaanálisis (9.12.13.19.20)

En cuanto al tipo histológico el 95 % de los CMAE fueron ductales invasores. El 41.7% de los CMAE fueron tumores indiferenciados G III en contrapartida con el 20 % presente en los no asociados, *p*<0,05. Esto se correlaciona con lo descripto en la literatura (20 21.22) que describen alta prevalencia de carcinomas ductales invasores y la mayoría de dichos tumores indiferenciados.

No se observaron diferencias significativas entre series en cuanto a estado de receptores hormonales y HER2-Neu.Las pacientes de CMAE tenían receptor estrogénico negativo en el 30% receptor progestinico negativo en un 33%, ambos receptores negativos en un 20% y el HER 2 positivo en un 40%. El marcador Ki67% cualitativo se estudió en 39 pacientes de la cohorte (31,5%) de ellas en las 5 pacientes de CMAE en las que se realizó la detección resultó negativo. Estos datos no se condicen con los publicados por Genin (9) Raphael (19), Azim (13) y Johanson (18) los cuales reportan tumores con alto porcentaje de receptores negativos, alta expresión del Her 2 y alto porcentaje de expresión de Ki 67.

#### Conclusiones

Dentro del grupo de cáncer de mama en pacientes jóvenes (menores de 45 años) la asociación de CMAE se presentó en el 19.3 % de los casos.

Nuestras pacientes con CMAE fueron más jóvenes que el grupo control con una mediana de 33 años.

La mediana de la menarca en ambos grupos se presento a los 12 años.

Alrededor del 20 % de las pacientes de ambos grupos eran nulíparas.

El 33,3 % de las pacientes con CME tuvieron antecedentes familiares en primer grado de CM sin diferencias con las pacientes Testigo, al considerar filiación de segundo grado la cifra alcanza el 45,8% vs el 41 no llegando a ser una diferencia significativa entre ambos. Es un porcentual importante de pacientes jóvenes con antecedentes familiares, por lo que sería conveniente, en estas mujeres realizar controles más estrictos y paneles genéticos para detección de mutaciones germinales.

La demora diagnóstica fue el doble entre ambos grupos siendo de 3 meses Testigo y de 6 meses en CMAE. Esto podría deberse a la falta de screening, miedo propio de las pacientes en esta etapa, cambios en la glándula durante la gestación, poco entrenamiento en la detección y pesquisa de esta asociación por parte del equipo médico, entre otras.

Como en la mayoría de los trabajos publicados encontramos tumores de mayor tamaño, mayor numero de axilas positivas, tumores más indiferenciados lo que nos lleva a estadios más avanzados y mayor numero de metástasis de inicio.

En cuanto a la relación de tumores con baja expresión de los receptores hormonales o triples negativos, alta expresión del HER2 y sobreexpresión de KI 67 nuestra serie no mostro esta tendencia.

Asociación compleja, tanto para la paciente, su familia y el equipo médico tratante, debemos agudizar su detección, pensarla ante cualquier modificación en la glándula mamaria durante la gestación o lactancia y tener en cuenta los antecedentes familiares de las pacientes.

# Bibliografia

- 1. Pirvulescu C, Mau C, Schultz H, Sperfeld A, Isbruch A, Renner-Lützkendorf H, et al. Breast Cancer during Pregnancy: An Interdisciplinary Approach in Our Institution. Breast Care (Basel). agosto de 2012;7(4):311-4.
- 2. Zhang J, Zhou Y-J, Yu Z-H, Chen A-X, Yu Y, Wang X, et al. Identification of core genes and clinical roles in pregnancy-associated breast cancer based on integrated analysis of different microarray profile datasets. Bioscience Reports. el 28 de junio de 2019;39(6):
- 3. Nettleton J, Long J, Kuban D, Wu R, Shaefffer J, El-Mahdi A. Breast cancer during pregnancy: quantifying the risk of treatment delay. Obstet Gynecol. marzo de 1996;87(3):414–8
- 4. Loibl S, Schmidt A, Gentilini O, Kaufman B, Kuhl C, Denkert C, et al. Breast Cancer Diagnosed During Pregnancy: Adapting Recent Advances in Breast Cancer Care for Pregnant Patients. JAMA Oncol. noviembre de 2015;1(8):1145–53.
- 5. Goller SS, Markert UR, Fröhlich K. Trastuzumab in the Treatment of Pregnant Breast Cancer Patients an Overview of the Literature. Geburtshilfe Frauenheilkd. junio de 2019;79(6):618–25.
- 6. Molckovsky A, Madarnas Y. Breast cancer in pregnancy: a literature review. Breast Cancer Res Treat. abril de 2008;108(3):333–8.
- 7. Kheirelseid EA, Boggs JM, Curran C, Glynn RW, Dooley C, Sweeney KJ, et al. Younger age as a prognostic indicator in breast cancer: A cohort study. BMC Cancer. diciembre de 2011;11(1):383.
- 8. Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: the 7th edition of the AJCC cancer staging manual and the future of TNM. Ann Surg Oncol. junio de 2010;17(6):1471–4.
- 9. Genin AS, Lesieur B, Gligorov J, Antoine M, Selleret L, Rouzier R. Pregnancy-associated breast cancers: do they differ from other breast cancers in young women? Breast. 2012 Aug;21(4):550-5.
- 10. Andersson T.M., Johansson A.L., Hsieh C.C., Cnattingius S., Lambe M. Increasing incidence of pregnancy-associated breast cancer in Sweden. Obstet Gynecol. 2009; 114: 568-572
- 11. Lethaby, A.E., O'Neill, M.A., Mason, B.H., Holdaway, I.M. and Harvey, V.J. (1996), Overall survival from breast cancer in women pregnant or lactating at or after diagnosis. Int. J. Cancer, 67: 751-755.

- 12. Matos E, Ovcaricek T. Breast cancer during pregnancy: retrospective institutional case series. Radiol Oncol. 2021 May 4;55(3):362-368. doi: 10.2478/raon-2021-0022. PMID: 33939895; PMCID: PMC8366736.
- 13. Azim HA, Santoro L, Russell-Edu W, Pentheroudakis G, Pavlidis N, Peccatori FA. Prognosis of pregnancy-associated breast cancer: a meta-analysis of 30 studies. Cancer Treat Rev. noviembre de 2012;38(7):834–42.
- 14. Howell A, Anderson AS, Clarke RB, Duffy SW, Evans DG, Garcia-Closas M, Gescher AJ, Key TJ, Saxton JM, Harvie MN. Risk determination and prevention of breast cancer. Breast Cancer Res. 2014 Sep 28;16(5):446
- 15. Polyak K. Pregnancy and breast cancer: the other side of the coin. Cancer Cell. 2006 Mar;9(3):151-3.
- 16. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer: an analysis accounting for family structure. Breast Cancer Res Treat. 2017 Aug;165(1):193-200.
- 17. Toesca A, Gentilini O, Peccatori F, Azim HA Jr, Amant F. Locoregional treatment of breast cancer during pregnancy. Gynecol Surg. 2014;11(4):279-284
- 18. Johansson A.L.V. Andersson T.M. Hsieh C.C. Jirstrom K. Cnattingius S. Fredriksson I.et al.
- 19. Tumor characteristics and prognosis in women with pregnancy-associated breast cancer. *Int J Cancer*. 2018; **142**: 1343-1354
- 20. Raphael J, Trudeau ME, Chan K. Outcome of patients with pregnancy during or after breast cancer: a review of the recent literature. Curr Oncol. 2015 Mar;22(Suppl 1):S8-S18
- 21. Parente JT, Amsel M, Lerner R, Chinea F. Breast cancer associated with pregnancy. *Obstet Gynecol*.1988; **71**: 861–864
- 22. Middleton LP, Amin M, Gwyn K, Theriault R, Sahin A. Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. 2003 Sep 1;98(5):1055-60. doi: 10.1002/cncr.11614. PMID: 12942575.
- 1. II° Cátedra de Clínica Ginecológica1 I° Cátedra de Clínica Obstétrica y Perinatología<sup>2</sup>. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Córdoba

# Sarcomas Uterinos Experiencia de 25 años en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología

**Autores:** 

Villarrubia Norma<sup>1</sup>, Mariconde José M<sup>2</sup>, Dionisi Jorge N<sup>3</sup>, Ortiz Florencia<sup>4</sup>, Cortez Pérez Víctor<sup>5</sup>, Rosato Otilio<sup>6</sup>

#### Resumen

#### Objetivo

Establecer la incidencia y exponer los aspectos epidemiológicos relevantes de la población con diagnóstico de sarcoma uterino, que recibió atención médica en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la ciudad de Córdoba (HUMN).

#### Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante el análisis de historias clínicas en el HUMN entre 1997 y 2022 en pacientes con diagnóstico de sarcoma uterino (SU). Se incluyeron las siguientes variables: edad, antecedentes personales y heredofamiliares oncológicos, tratamiento hormonal, gestas, paridad y manifestaciones clínicas iníciales y los diferentes tratamientos empleados.

#### Resultados

Durante el periodo registrado, se recabaron 19 casos de pacientes con diagnóstico de SU. Como datos relevantes se obtuvieron: (a) la edad de presentación predominante fue entre los 40 y 49 años, (b) el síntoma clínico más frecuente fue el sangrado uterino anormal, (c) los carcinosarcomas fueron los de mayor prevalencia en cuanto al tipo histológico, y (d) el tratamiento realizado en más del 50% de las pacientes fue quirúrgico con quimioterapia y radioterapia adyuvante.

#### Conclusión

La edad de los SU registrados en nuestra casuística se encontró por debajo de la media habitual. El síntoma predominante fue SUA. El tratamiento realizado fue quirúrgico más adyuvancia en la mayoría de los casos estudiados con supervivencia global a 5 años ajustado según el estadio al diagnóstico.

### Introducción

Los sarcomas uterinos surgen del miometrio o de los elementos del tejido conjuntivo del endometrio y representan menos del 10 % de los cánceres del cuerpo uterino. Estos tumores, en particular el leiomiosarcoma, a menudo se comportan de manera agresiva y tienen un peor pronóstico que el adenocarcinoma endometrioide, que es la malignidad más común del cuerpo. (1)

Los tipos histológicos se clasifican en orden de frecuencia de la siguiente manera: Carcinosarcomas 55%, Leiomiosarcoma 30%, Sarcomas del Estroma Endometrial 14% y 1% de sarcomas raros. A su vez, pueden ser homólogos o heterólogos. La variada diversidad histológica genera un comportamiento biológico diferente entre ellos y un peor pronóstico, en comparación con el adenocarcinoma de endometrio.

Los tumores müllerianos mixtos fueron reclasificados como carcinosarcomas, que, por tener características en común con los adenocarcinomas endometriales, comparte su estadificación con ellos. (2)

El diagnóstico preoperatorio es un desafío dada la sintomatología inespecífica como dolor pelviano, distensión abdominal y más comúnmente sangrado uterino anormal. Según la bibliografía consultada, alrededor del 50% de los diagnósticos son hallazgos inesperados reconocidos en la pieza quirúrgica de una intervención realizada por aparente patología benigna. Los métodos complementarios como Ultrasonido o Resonancia Magnética Nuclear (RMN) no proveen información altamente confiable y segura para distinguir entre leiomiomas benignos y patología maligna. Sin embargo, la conjunción de algunos criterios clínicos, bioquímicos e imagenológicos pueden colaborar en la sospecha diagnostica y en la consiguiente conducta terapéutica. (3, 4)

La mayoría de los SU se presentan en pacientes con edades de entre los 40 y 60 años, aunque se han diagnosticado en edades menores. Las pacientes de raza negra tienen doble riesgo de presentar Leiomiosarcoma que las pacientes de raza blanca. Otros factores de riesgo incluyen el consumo de Tamoxifeno, la irradiación pelviana (asociación más frecuente con Carcinosarcomas) y situaciones hereditarias como el síndrome de carcinoma de células renales y leiomiomatosis hereditario y mutación gen Rb. La paridad, la menarquia y menopausia no han logrado demostrarse como factores de riesgo. (5)

La cirugía sigue siendo el tratamiento de elección ("Gold Standard") para estadios iniciales, que incluye la estadificación quirúrgica seguida de histerectomía abdominal total, salpingo-oforectomía bilateral, linfadenectomía selectiva pélvica y para-aórtica (no así para los Carcinosarcomas, en los cuales la linfadenectomía es sistemática).

Se debe evaluar la adyuvancia con quimioterapia y/o radioterapia. Si bien la Radioterapia adyuvante disminuye las recidivas locales, no tiene impacto sobre el período libre de enfermedad, ni en la sobrevida global. La quimioterapia está recomendada en la enfermedad metastásica. La alternativa de tratamientos como hormonoterapia, inhibidores de aromatasa, análogos GnRH, entre otros, en conjunto con la quimioterapia/radioterapia, puede utilizarse en pacientes inoperables o irresecables, no olvidando los efectos tóxicos propios de cada tratamiento. (6)

El factor pronóstico más importante es el estadio, asociado a edad de la paciente, tipo y grado histológico, necrosis, mitosis, celularidad e invasión linfovascular, entre otros.

Los Sarcomas Uterinos son tumores infrecuentes, de curso impredecible, comportamiento biológico agresivo y pronostico incierto. Ante la escasa bibliografía, y estudios prospectivos que ayuden en el manejo de la enfermedad, se realizó este estudio para aportar la experiencia en el HUMN.

# Objetivo

#### **Objetivo General**

Establecer la incidencia y exponer los aspectos epidemiológicos relevantes de la población con Sarcoma Uterino que recibió atención médica en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la ciudad de Córdoba.

#### **Objetivos Específicos**

- Determinar la proporción de los distintos tipos de Sarcomas de Útero.
- Estudiar el comportamiento de diferentes variables clínicas como edad, antecedentes personales y heredofamiliares oncológicos, antecedentes de tratamiento hormonal, gestas, paras y manifestaciones clínicas iníciales en portadoras de Sarcomas de Útero.
- Conocer los diferentes tratamientos empleados.

# Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, mediante el análisis de historias clínicas en el HUMN entre 1997 y 2022 en pacientes con diagnóstico de Sarcoma uterino (SU) o Carcinosarcoma uterino (CSU).

Se incluyeron las siguientes variables: edad, antecedentes personales y heredofamiliares oncológicos, tratamiento hormonal, gestas, paridad y manifestaciones clínicas iníciales en portadoras de Sarcomas uterinos y los diferentes tratamientos empleados.

El método de registro y procesamiento de los datos de las historias clínicas fue realizado a partir de la utilización del software Microsoft Excel®. Se utilizaron diagramas de barras y torta para detectar la incidencia de cada variable en el diagnostico de SU.

#### Resultados

Durante el periodo registrado, se recabaron 19 casos de pacientes con diagnóstico de SU en el HUMN. De las variables que se relevaron de las pacientes, fueron significativas la edad, la sintomatología, tipo histológico del sarcoma y el tratamiento empleado.

La edad de presentación que prevaleció en un 32% (6) fue de 40 a 49 años, siguiendo en un 26% (5) entre 60 y 69 años, un 21% (4) entre 50 y 59 años, 11% (2) entre 30-39 años y 11% (2) entre 20 y 29 años (Fig.1).



Figura1. Edades de presentación de Sarcomas Uterinos.

En cuanto al motivo de consulta de las pacientes analizadas, la sintomatología más frecuente fue el sangrado uterino anormal en el 79% (15 casos). El resto de las pacientes presentaron un hallazgo ecográfico sospechoso, distención abdominal o dolor hipogástrico (Fig. 2).

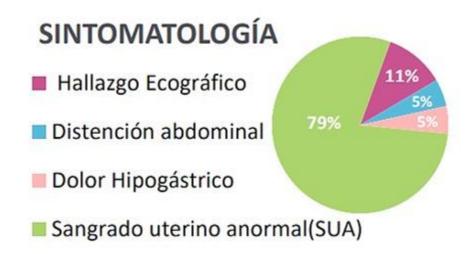


Figura 2. Sintomatología en pacientes con Sarcomas Uterinos.

Los tipos histológicos registrados fueron: en un 44% Carcinosarcomas, en un 34% Sarcomas del Estroma Endometrial y un 22% Leiomiosarcomas. (Fig.3).



#### Figura 3. Tipos histológicos de los casos de sarcomas uterinos.

El tratamiento empleado en un 57.89 % fue quirúrgico (anexohisterectomía) con posterior adyuvancia con quimioterapia y radioterapia. Un 31.58% de las pacientes recibió solo tratamiento quirúrgico y un 10.53% realizó solo adyuvancia.

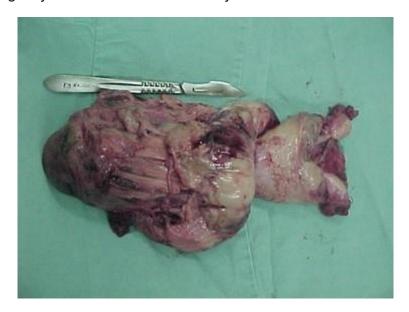


Figura 4. Gran masa que evierte el cuerpo uterino. Presentación de un sarcoma del estroma endometrial.

En cuanto a la evolución de la enfermedad, se registraron 7 pacientes fallecidas dentro de los 2 años del diagnóstico. Una de las pacientes falleció a los 5 años del diagnóstico. El resto presentó sobrevida libre de enfermedad a los 5 años.

Del resto de las variables analizadas tales como: antecedentes personales y heredofamiliares oncológicos, tratamiento hormonal, gestas, paridad, no se recabaron datos significativos.

## Discusión

La mayoría de los sarcomas uterinos ocurren en pacientes mayores de 40 años; sin embargo, se han diagnosticado en pacientes de hasta 20 años. La edad media al diagnóstico es de aproximadamente 60 años. En la presente serie, 6 de las 19 pacientes tuvieron entre 40 y 49 años al diagnóstico de la enfermedad, siendo éste el grupo etario más representativo.

En la presente serie estudiada de manera retrospectiva, se evidenció como síntoma principal el sangrado uterino anormal. Esto concuerda con resultados de otras publicaciones, teniendo en cuenta que la mayoría de las pacientes de la presente casuística se presentaron entre los 40 y los 50 años, cabe destacar la importancia de discriminar un tumor uterino benigno (leiomioma como más frecuente) o un sarcoma, siendo este último infrecuente. Es por ello que especialmente en estos casos, cobra relevancia la evaluación clínica e imagenológica, con ecografía transvaginal, resonancia magnética y tomografía.

Las pacientes con sospecha de sarcoma uterino confinado al útero deben someterse a una cirugía de estadificación, incluida una histerectomía extrafascial total con o sin salpingo-oforectomía bilateral. Este fue el tratamiento en todas las pacientes, solo en 1 de los 19 casos

de la presente recopilación, en el cual se intervino con diagnóstico presuntivo de mioma uterino, realizándose la escisión de la lesión y luego, ante el diagnóstico, la histerectomía en un segundo tiempo (7). En pacientes sometidas a histerectomía por un presunto sarcoma uterino, no se debe intentar la morcelación, hecho que ocurre en toda miomectomía laparoscópica. En la presente serie, todas las pacientes fueron tratadas con cirugía laparotómica, lo cual disminuye el riesgo de morcelación ante una posible miomectomía. En un estudio, la morcelación de la neoplasia en mujeres a 5 años más baja en comparación con aquellas que no tenían una morcelación (55 versus 84%, respectivamente). Sin embargo, no se informó un impacto significativo en la sobrevida global (SG).

Teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo descriptivo, no se evaluó la sobrevida a largo plazo por perdida de seguimiento de las pacientes estudiadas. Cabe consignar que la serie de recopilación, por lo infrecuente de la patología, debió incluír 25 años. La sobrevida libre de enfermedad se produjo en un porcentaje elevado de pacientes en la presente serie (11 casos-%). En un estudio de mujeres con sarcoma endometrial indiferenciado, la SG fue baja, independientemente del estadio. De 19 pacientes, la supervivencia libre de progresión (SLP) y la SG medianas fueron de 7 y 12 meses, respectivamente. Las mujeres con enfermedad en estadio I tenían un pronóstico relativamente mejor en comparación con las que presentaban una enfermedad más avanzada, aunque con una mediana de SLP y SG de solo 15 y 27 meses, respectivamente. (8)

#### Conclusión

La edad de presentación de los Sarcomas Uterinos registrados en nuestra casuística se encontró por debajo de la media habitual. El síntoma predominante fue el sangrado uterino anormal. El tratamiento realizado fue quirúrgico con posterior adyuvancia en la mayoría de los casos estudiados con supervivencia global a 5 años ajustado según el estadio al diagnóstico.

Los sarcomas uterinos son poco frecuentes y con mal pronóstico. Su sintomatología es inespecífica y se caracterizan por la diversidad histopatológica. El diagnóstico precoz es esencial ya que la supervivencia de los pacientes se correlaciona con el estadio del tumor. Sin embargo, el diagnóstico preoperatorio es a dificultoso y el diagnóstico definitivo se logra con frecuencia luego del análisis patológico de muestras de histerectomías. Por esta razón recomendaciones de tratamiento deben ser basadas en revisiones retrospectivas, lo que asociado a su mal pronóstico hacen difícil su manejo clínico.

# Bibliografia

- 1. Tropé CG, Abeler VM, Kristensen GB. Diagnosis and treatment of sarcoma of the uterus. A review. Acta Oncol. 2012 Jul;51(6):694-705.
- 2. Liao Q, Wang J, Han J. [Clinical and pathological analysis on 106 cases with uterine sarcoma]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2001 Feb;36(2):104-7. Chinese. PMID: 11783345.
- 3. Santos P, Cunha TM. Uterine sarcomas: clinical presentation and MRI features. Diagn Interv Radiol. 2015 Jan-Feb;21(1):4-9.
- 4. Ludovisi M, Moro F, Pasciuto T, Di Noi S, Giunchi S, Savelli L, Pascual MA, Sladkevicius P, Alcazar JL, Franchi D, Mancari R, Moruzzi MC, Jurkovic D, Chiappa V, Guerriero S,

- Exacoustos C, Epstein E, Frühauf F, Fischerova D, Fruscio R, Ciccarone F, Zannoni GF, Scambia G, Valentin L, Testa AC. Imaging in gynecological disease (15): clinical and ultrasound characteristics of uterine sarcoma. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Nov;54(5):676-687.
- 5. Desar IME, Ottevanger PB, Benson C, van der Graaf WTA. Systemic treatment in adult uterine sarcomas. Crit Rev Oncol Hematol. 2018; 122:10-20.
- 6. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Uterine Neoplasms. Version 1.2017. http://www.nccn.org/professionals/physician\_gls/pdf/uterine.pdf
- 7. Gadducci A, Cosio S, Romanini A, Genazzani AR. The management of patients with uterine sarcoma: a debated clinical challenge. Crit Rev Oncol Hematol. 2008; 65(2):129-42.
- 8. Juhasz-Böss I, Gabriel L, Bohle RM, Horn LC, Solomayer EF, Breitbach GP. Uterine Leiomyosarcoma. Oncol Res Treat. 2018; 41(11): 680-686.
- 1. Jefa de residentes. Il Cátedra de Ginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Córdoba Argentina.
- 2. Prof Adjunto. Il Cátedra de Ginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Córdoba Argentina.
- 3. Ex Residente de Tocoginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Córdoba Argentina.
- 4. Residente de 2do año de Tocoginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Córdoba Argentina.
- 5. Prof Asistente. Il Cátedra de Ginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Córdoba Argentina.
- 6. Prof Titular. Il Cátedra de Ginecología. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, Córdoba Argentina.

# Actinomicosis pélvica: a propósito de dos casos

**Autores:** 

Ferreyra Henriquez Florencia Daniela; Romero Alina Nahir; Chaloupka Milena; Papera Ramiro<sup>1</sup>

La actinomicosis, es una infección crónica, rara producida por bacterias del género Actinomyces sp. La afectación pélvica es una de sus formas más infrecuentes y en gran parte de los casos se relaciona al uso de un dispositivo intrauterino de larga data o a una cirugía previa. Como otras enfermedades raras, la infección es conocida como "la gran imitadora" por su variada forma de presentación y particular comportamiento pudiendo simular una neoplasia. El tratamiento es fundamentalmente médico y de buenos resultados. El objetivo es destacar la patología en nuestro medio y lograr la inclusión en el razonamiento diagnóstico diferencial inicial. Damos a conocer los casos de dos pacientes que se presentaron con cuadros clínicos compatible con abdomen agudo con sospecha de neoplasias, pero que resultó ser actinomicosis. El diagnóstico se realizó postquirúrgico anatomopatológicamente, el cuadro clínico y el antecedente de un dispositivo intrauterino reforzaron retrospectivamente el mismo. El tratamiento quirúrgico y antibiótico permitió la evolución exitosa en ambos cuadros. Si bien la actinomicosis es una patología infrecuente, debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de los pacientes que se presentan con tumores de la pelvis. Un alto índice de sospecha y una actitud diagnóstica activa son fundamentales para un tratamiento oportuno, seguro y eficaz de esta enfermedad.

#### Resumen

Palabras clave: actinomicosis; infección pélvica; DIU.

## Introducción:

La Actinomicosis por diversos motivos representa un problema diagnóstico actual, ya que generalmente no es considerada como hipótesis en el razonamiento clínico inicial, a diferencia de otras patologías infecciosas; arribándose a un diagnóstico tardío, a veces como un hallazgo no esperado.

Actinomyces es un bacilo grampositivo o gram-variable, anaerobio estricto o facultativo, no esporulado, no acidorresistente, pleomórfico, de apariencia delicadamente filamentosa, similar a las hifas de los hongos, ramificado y de crecimiento lento en los cultivos; tardando entre 5 -7 días, hasta 2 a 4 semanas en desarrollar en medios selectivos; que integra la flora normal del orofarinx y coloniza transitoriamente el tracto gastrointestinal (estómago, colon), genital femenino (vagina) y árbol bronquial. (1)

El agente etiológico ha sido claramente establecido como miembro de la flora normal de las membranas mucosas. Se describen diferentes subtipos que pueden producir la enfermedad en el ser humano, siendo en la mayoría de los casos Actinomyces israelii. Otras cepas corresponden a A. naeslundii, A. odontolyticus, A. viscosus y A. meyeri

La enfermedad ocurre típicamente al existir una brecha en la mucosa manifestándose en la región cervicofacial (50%), torácica (15-20%), abdomino-pélvica (20%) y otras formas excepcionales como en el SNC.

La presencia del Actinomyces israelii en el aparato genital coincide con la existencia de cuerpos extraños en él, tales como pesarios o dispositivos intrauterinos. Barth y Tietze en 1928 y 1930 respectivamente, fueron quienes describieron la infección intrauterina por Actinomyces israelii en pacientes portadoras de pesarios intrauterinos, conocidos como Sterilette y Henderson en 1973 describió lo que probablemente fuera el primer caso en América de una infección pélvica actinomicotica en asociación al dispositivo intrauterino (DIU) (1)

El reservorio natural del A. israelii y otros agentes es el ser humano. En la cavidad de la boca, el microorganismo se desarrolla como saprófito dentro y alrededor de los dientes cariados, en las placas de mucina adheridas al esmalte dental y en las criptas amigdalinas. También se la considera saprofita de apéndice y ciego. Desde que Gupta et al. en 1976, establecieron la asociación de la presencia de Actinomyces israelii en muestras de Papanicolaou en mujeres usuarias de DIU, han existido discrepancias en admitir si el Actinomyces formaba parte de la flora vaginal normal, así Galask en 1976 y Elhag et al en 1988 no la consideraban como componente normal de la flora anaerobia vaginal y Westrom en el mismo año ya describió la existencia de un mayor riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) por Actinomyces en mujeres portadoras de DIU y ya se admitió la presencia de Actinomyces en vagina. Gale B. en 1992 refiere que el origen del aislamiento genital del Actinomyces no está claro por que normalmente no se encuentra como formando parte de la flora endógena del tracto genital inferior entre las mujeres en edad reproductiva, y no prolifera si no se da la circunstancia de que exista un cuerpo extraño en aparato genital. Como refleja Garbin O.en 1994, durante tiempo este organismo fue puesto en evidencia en portadoras de DIU y no se le consideraba como un germen comensal de la cavidad vaginal. Este concepto ha sido puesto en evidencia después de desarrollarse las técnicas de inmunofluorescencia, y parece que toda mujer puede albergarlo de manera transitoria y sin manifestación patológica, por ello puede considerarse al Actinomyces israelii como comensal ocasional de la vagina. Actualmente el agente de la actinomicosis ha sido claramente establecido como miembro de la flora endógena de las membranas mucosas, detectándose en la secreción vaginal de alrededor del 10% de las mujeres que usan DIU. (2)

La asociación de Actinomyces con otras bacterias, ha sido descripta en algunas series hasta en 65 % de los pacientes y en la mitad de éstos se recuperaron dos o más microorganismos en cultivo. Las especies bacterianas concomitantes son especialmente bacilos gramnegativos como Pseudomonas spp, Proteus spp, Escherichia coli, cocos grampositivos como Staphylococcus spp, Streptococcus spp, anaerobios como Bacteroides spp, Fusobacterium spp, Peptoestreptococcus y otras menos frecuentes como Eikenella corrodens, Capnocytophaga spp. y Aggregatibacter actinomycetemcomitans, en interacción sinérgica; lo que enfatiza la falta de patogenicidad e incrementa la capacidad invasiva relativamente débil de Actinomyces. (1)

Recientemente se ha experimentado in vitro la producción por Actinomyces israelii de biofilm, generando una matriz de exopolisacáridos sobre las superficies de cobre de dispositivos de contracepción uterina; lo que indicaría la presencia de un mecanismo de resistencia bacteriana, que eludiría la fagocitosis por las células del huésped. (4)

La actinomicosis genital y pelviana tiene tres formas clínicas de presentarse: - portadora asintomática. - infección local(cervicitis, endometritis inespecíficas). - formas locorregionales

La forma clínica de portadora asintomática se trata de una colonización, también llamada infección no reactiva y no de una enfermedad establecida, cuyo diagnóstico se realiza a través

de la presencia de Actinomyces en la vagina. A partir de la colonización si las condiciones son favorables se podría llegar a la enfermedad actinomicotica en sí misma. En el caso de infecciones locales no se puede hablar de síntomas patognomónicos. Los síntomas más frecuentes son leucorrea, metrorragia, cervicitis, colpitis, alteraciones menstruales, dolor abdominal bajo. La forma clínica más temprana de actinomicosis pélvica asociada a DIU es una endometritis. Las formas locorregionales se caracterizan por la asociación de una alteración del estado general, de un síndrome infeccioso y de un síndrome pseudotumoral en una mujer portadora de un DIU después de varios años presentando dolores abdominales (2)

Existen tres características clínicas que deben hacer sospechar esta infección y que constituyen rasgos clásicos de la enfermedad

- 1- La combinación de cronicidad e invasión, con progresión a través de las fronteras tisulares, cruzando las barreras anatómicas naturales, con características similares a las de las masas tumorales; lo que hace que la lesión simule y se comporte como una neoplasia maligna, con la que se suele confundir. Este rasgo puede ser explicado por la presencia de enzimas proteolíticas, liberadas por Actinomyces, que conducen a una extensa destrucción de los tejidos blandos y la penetración a través de los planos tisulares.
- 2- El desarrollo de un tracto fistuloso, que se puede resolver en forma espontánea y reaparecer posteriormente.
- 3- Es una infección recidivante y resistente a ciclos cortos de tratamiento; puesto que la curación de una Actinomicosis establecida requiere una antibiótico terapia prolongada.

La Actinomicosis debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas abdominales sólidas o abscedadas, ya que el diagnóstico preoperatorio correcto es inferior al 10% de los casos. (3)

El diagnóstico por cultivo, si bien es específico, es positivo en apenas 30-50% de los casos, siendo más habitual encontrar un organismo gram (+) y la presencia de los característicos "gránulos azurófilos" (conglomerados de actinomicetos) en muestras de anatomía patológica, que si bien apoyan fuertemente el diagnóstico, no son patognomónicos y se logran identificar en solo la mitad de los casos. (1,4)

## Objetivos:

Destacar la presencia de esta patología en nuestro medio y que se considere dentro del razonamiento de los posibles diagnósticos diferenciales.

Identificar los factores de riesgo y modos de presentación clínica de esta patología.

## Material y método:

La actinomicosis pélvica es una de las presentaciones más infrecuentes existiendo pocos reportes en la literatura, especialmente a nivel nacional. En este contexto, presentamos los casos clínicos de dos mujeres con patología pelviana que inicialmente se expresaron con diagnostico presuntivo de enfermedad neoplásica con diseminación pelvi peritoneal y posteriormente como un absceso, hecho que permitió oportunamente su diagnóstico postquirúrgico mediante anatomía patológica.

#### Caso clínico 1

Paciente R.L. de 30 años

Antecedente de intervención quirúrgica en cordoba capital (laparoscopia exploratoria con toma de biopsia sin otra intervención) el 15/5/21 por el servicio de cirugía general por diagnostico presuntivo de diseminación peritoneal de enfermedad neoplásica. Por antecedentes referidos por la paciente dicho cuadro comenzo el 16/4/21 con dolor abdominal profundo, fiebre vespertina, malestar epigastrico, flujo maloliente, y perdida de peso de 12kilos en el ultimo mes.

Estudios prequirúrgicos Videocolonoscopia (29/4/21): no se observaron lesiones mucosas ni endoluminales en ilio ni colon; hemorroides internas; escala boston 9/9. RNM (2/5/21): utero avf 82x45x50. incremento de espesor de la zona de union endometrio- miometrio de 18mm sugiere adenomiosis. endometrio centrado fino 5mm diu en cavidad. ovario derecho morfologia y tamaño conservado. ovario izquierdo imagen quistica folicular homogénea 45mm. En tabique recto vaginal imagen nodular sólida de 27mm que se acompaña de cambios en la señal de pared anterior de recto y engrosamiento de la pared del recto evocando lesion neoproliperativa de 3-4cm. Imagenes nodulares en peritoneo y cadenas iliacas evocan signos de secundarismo. marcadores tumorales 20/5/21: ca125 53,2 (aumentado) CEA 0,61 (normal) CA 19.9 4 (normal)

Resultado de biopsia peritoneo y liquido de cavidad: intenso infiltrado inflamatorio mononuclear y polimorfonuclear con extenso edema y congestión vascular; presencia de gérmenes reconocidos como Actinomyces centrales y periféricos. No hay proliferación neoplásica ni granulomas específicos.

Posterior al diagnóstico se le indico tratamiento antibiótico con MINOCICLINA via oral con evolución desfavorable, sintomática, por lo que consulta en nuestro nosocomio a los 15 dias postquirurgico.

Antecedentes personales: G3 P3 IRS 14 Años MENARCA 11 años

Diu Normoinserto hace 9 años PAP clase 2 (2019)

AHF negativos AToxicos negativos AQuirurgicos laparospia antes nombrada

AFcos negativos AAlergicos negativos

Ingresa (31/5/21) por dolor abdominal y síndrome febril que no responde a analgesia a nuestro servicio. Se le extrae DIU. Ex Fisico: TA 110/50 temp 37.8 P 112 SO2 97% Abdomen Blando Doloroso a la palpacion superficial y profunda generalizado. RHA disminuidos. Catarsis negativa (7 dias) Diuresis positiva. Trae laboratorio 27/5/21 hb 10.2 htco 30 leuco 19300 (79% neutrofilos 3% encayados 10% linfocitos) glucemia 76 ionograma normal.

Se indico Penicilina G Sodica endovenosa 3000000 cada 6h metronidazol 500 cada 8hs endovenoso; analgesia (morfina dipirona).

Eco Abdominal (2/6/21) sin particularidades. Eco ginecologica: utero avf no homogenea 94x39x39 endometrio hipoecogenico ovario derecho forma anecoica de 46 x 27 ovario izquierdo masa anexial heterogenea mixta con areas anecoicas 58x55x46 vascularizada efecto doppler, poco liquido libre.

Laboratorio 2/6 hb 8,2 htco 26 leuco 14800 plaquetas 474000

Se indica aumentar dosis de Penicilina a 4000000 cada 6hs y se retira metronidazol, por continuar con fiebre.

Eco Ginecologica (7/6/21) utero 73x38x42 no homogeneo. endometrio homogeneo hipoecogenico. presencia liquido libre en ambas fosas iliacas. forma quistica de estudio previo no visible. masa en cara posterior de utero de 58x48x53 con vascularizacion al doppler parcial y periferica.

eco abdominal (10/6/21) colon sigmoide con paredes engrosadas rodeodeado por aumento de la ecogenicidad de tejido graso adyacente. leve cantidad de liquido libre en Morrison, corredera y FID.

Eco Transvaginal (10/6/21) ambos ovarios con imágenes foliculares. en region anexial izquierda con extensión a fsd se identifica lesión tipo masa contornos mal definidos áreas quisticas paredes gruesas y contenido particulado 55x44x44.

Se agregó al tratamiento endovenoso, ovulos polivalentes por candida vaginal.

laboratorio: 11/6/21 hb 9,6 htco 30,7 leuco 10.700

14/6/21 Buena evolución con tratamiento endovensoso, asintomática, se le indica alta hospitalaria con minociclina via oral y controles periódicos.

Reingresa el 9/8/21 por dolor abdominal y sindrome febril. Cuadro compatible con absceso pelvico abdominal sin respuesta al tratamiento antibiotico oral. Se indica Penicilina 5000000 ev y analgesia.

laboratorio (10/8/21) hb 12,8 htco39 pcr 203 hepatograma normal funcion renal normal orina completa normal. eco 10/8 utero homogeneo 93x40x48 endometrio 7,8mm masa tumoral periuterina izquierda lobulada aspecto miomatoso? 64x60. ectasia urinaria izquierda. douglas libre. laboratorio (11/8/21) hb 10,9 htco 33,8 leuco 18700 (segmentados 85% encayados 2%)

Se decide laparotomía exploradora 12/8/2 donde se identifica pelvis bloqueada por múltiples adherencias útero-colónicas sin individualizar anexos. masa que ocupa douglas y cara posterior uterina que se extrae compatible con abceso de contenido purulento. nodulos en peritoneo y epiplon. Se realiza omentectomia parcial.

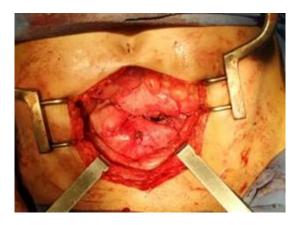


foto 1: intraquirurgica. pelvis bloqueada.



foto 2: piezas quirurgicas extraidas. tumoracion y epiplon.



foto 3: contenido purulento de tumoracion.

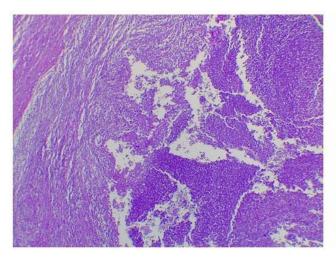
Buena evolución post quirúrgica, alta hospitalaria al 3er dia (14/8/21). tratamiento penicilina via oral por 6 meses.

anatomía patológica:





foto 4 y 5: Pieza macroscopica fijada en formol de abscesos tubovaricos.



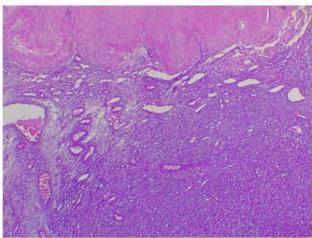


foto 6 y 7: Tejido de granulación con infiltrado mixto, constituido por PMN neutrófilos, linfocitos y plasmocitos. Tinción Hematoxilina-Eosina

#### Caso clínico 2

Paciente F.S.G de 46 años

AGO: G4 ab1P3 DIU hace 9 años, se extrae por metrorragia en 2020 y posterior uso de Aco combinado. menarca 13 años. Fum: 25/8/21

ACX reconstrucción vulvar A Tóxicos fumadora 2 a 5 cigarrillos día. Afcos negativos

Ingresa 5/9/21 por Dolor Abdominal Agudo de 12 hs de evolución, focalizado en hipogastrio y FID sin respuesta a analgesicos.

laboratorio: pcr 198 hb 10 htco 31 leuco 17900 (segmentados 82% encayados 3%) eritro 103 gravindez negativo.

eco abdominal: asas intestinales en ambos flancos con contenido liquido peristaltismo escaso, en fid liquido libre poca cantidad edema interasas, imagen en "ojo de buey".

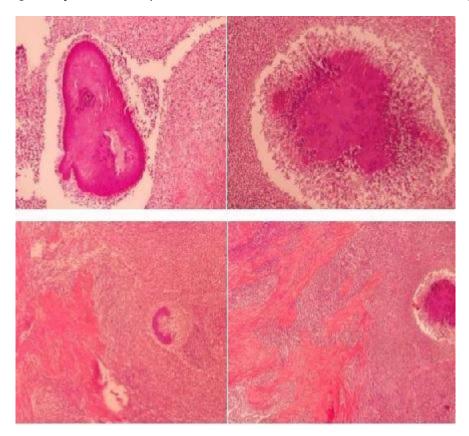
Se decide laparotomía exploradora por Abdomen Agudo sospecha Apendicitis Aguda. al ingresar en cavidad abdominal múltiples adherencias que bloquean pelvis y hemiabdomen inferior, impresiona secundarismo metastasico con liquido purulento libre. se realiza liberacion y anexectomia derecha por tumor/absceso, imposibilitandose histerectomía por adherencias firmes con colon y recto. se realizó apendicectomía y omentectomía por nódulos en el mismo.

Buena evolución post quirúrgica alta hospitalaria a las 72hs. antibioticoterapia con amoxicilina clavulánico.

marcadores tumorales: alfa feto 1 cea 1,57 ca 125 16 ca19 9 0.60 sub beta 0.10 (normales)

anatomía patológica: corte de ovario con intenso cambios inflamatorios con edema vasocongestión, marcada fibrosis con gruesos haces de fibras de colágeno e intenso infiltrado inflamatorio PMN que forma microabscesos y mononuclear linfoplasmocitario con frecuentes histiocitos. Se reconocen numerosas colonias de gérmenes compatibles con

actinomyces. epiplón iguales características con múltiples microabscesos con cambios inflamatorios agudos y crónicos. apéndice cecal sin cambios. no se observa malignidad.



Tratamiento con penicilina vía oral por 90 días con buena respuesta al tratamiento. asintomática.

## Discusión:

Las pacientes consultan mayoritariamente por dolor pélvico crónico, baja de peso, tumor palpable o metrorragia; existiendo, tal como en nuestros casos, una predisposición documentada con el uso de un dispositivo intrauterino. Lo anterior es perfectamente observable en el trabajo nacional de Madrid y cols. (5), en que 81,2% de las pacientes estudiadas con actinomicosis resultaron ser usuarias de este método anticonceptivo y en la revisión de Torres y col (6), en que de un total de 1.774 informes de PAPs de una comunidad rural de Chile, con 15 resultados positivos para actinomyces, el 86,7% de las pacientes eran portadoras de DIU. Otros reportes han comunicado la presencia de actinomices en frotis cervicales en usuarias de DIU un promedio de 7%, con rangos tan variables de entre 0 a 31%, sin embargo, estos rangos estarían más probablemente dados por falsos positivos y si bien no se ha logrado establecer el riesgo a desarrollar enfermedad entre usuarias de DIU, se ha visto que la infección puede provocar infertilidad e incluso mortalidad. (4)

Esta es una enfermedad que se debe sospechar en toda paciente con dolor crónico pelviano, con o sin presencia de tumoración pélvica, metrorragia y el antecedente de uso de DIU. La citología cervicovaginal y la biopsia endometrial es útil para el diagnóstico.

Respecto al estudio imagenológico podemos señalar que la elección es la tomografía computada pues permite estimar la ubicación y extensión de la infección poniendo en

evidencia la naturaleza infiltrativa de la enfermedad que invade a través de los planos y límites anatómicos de los órganos involucrados. No obstante lo anterior, los hallazgos de la tomografía son inespecíficos, lo que hace plantear el diagnóstico diferencial con absceso tubo-ovárico, enfermedad de Crohn, diverticulitis, endometriosis, cáncer de colon, cáncer de ovario, entre otros. Dentro de los hallazgos, lo más habitual es ver un engrosamiento parietal concéntrico asociado a una masa quística, sólido-quística y más rara vez puramente sólida. Otros hallazgos incluyen tejido graso perilesional de aspecto heterogéneo y nula o mínima linfoadenopatia. (4)

Muchas presentaciones clínicas fueron interpretadas como neoplasias, lo que concuerda con la bibliografía, que refiere el diagnóstico inicial de neoplasia en 23% de los casos, mientras que la presencia de inflamación fue reconocida en el 53%; llegando a confundirse los síntomas con patología psicosomática o depresión. Aunque la infección sea localizada, el cuadro clínico es sistémico, con síndrome febril prolongado, fiebre o febrícula, sobre todo vespertina, sudoración profusa vespertina, que recuerda a la tuberculosis, pérdida de peso rápida e importante, astenia, anorexia, debilidad generalizada, hepatomegalia y esplenomegalia; lo que simula un cuadro séptico, con gran deterioro orgánico y demuestra que una vez que Actinomyces spp. franqueó las defensas del huésped, establece su patogenicidad.(1)

El diagnóstico tardío además de retrasar el tratamiento, encarece la hospitalización por la gran cantidad de exámenes que se solicitan. En nuestros casos el diagnóstico fue siempre postoperatorio, lo que concuerda con la literatura revisada; en el caso de tener la sospecha clínica y frente a lo difícil de la cirugía por el gran daño tisular, la ausencia de planos anatómicos y la gran respuesta a la penicilina (PNS), hay consenso que en pacientes estables el tratamiento primario debiera ser con PNS endovenosa (ev), dosis seguida por PNS oral por 6 meses a un año, y la cirugía limitarse solo para tratar síntomas obstructivos y drenaje de grandes abscesos. Incluso el tratamiento por más de un año podría no requerir cirugía y hacerlo así más conservador

El tratamiento antibiótico de la Actinomicosis se ha basado en dos principios básicos, adquiridos por experiencia clínica a lo largo de 50 años; que incluyen la necesidad de tratar la enfermedad con altas dosis de antibióticos y por un periodo de tiempo prolongado. La induración y avascularidad de las áreas afectadas por la infección enfatizan la necesidad de un tratamiento intensivo. Como regla general, la administración de dosis máximas de antibióticos por 2 a 6 semanas, seguidos por terapia oral, por un período de al menos 6 a 12 meses, es recomendada por la mayoría de los autores. (4,1)

Aunque el tratamiento antibiótico prolongado (6-12 meses) supone la curación de la mayoría de los casos, pensamos que la cirugía puede tener un papel importante, favoreciendo la eliminación del principal foco de infección y permitiendo así acortar la duración del mismo hasta en 3 meses, como ocurre en el caso de la segunda paciente. (1)

Ademas en la evidencia referente al uso de Diu: que el mayor tiempo de exposición al DIU incrementa mínimamente la incidencia de colonización por Actinomyces; La extracción del DIU de cavidad uterina ha sido eficaz en el 100% de los casos para que desaparezca la colonización y que El efecto protector que ejerce la extracción del DIU para que desaparezca la colonización se incrementa a medida que aumenta el tiempo de exposición al DIU. Por lo anterior los autores sugieren que a pacientes usuarias de DIU y con un examen de PAP que demuestra Actinomyces, se les debe retirar el dispositivo intrauterino. La interrogante que plantean es si es necesario tratarlas con antibióticos para erradicar el germen del tracto

genital. Valicenti y Gupta recomiendan sólo retirar el DIU y repetir el PAP luego del siguiente período menstrual, ya que en estos casos la infestación parece ser superficial, y una vez sin el cuerpo extraño que la favorece, se descama con facilidad. Esta conducta debería ser estudiada prospectivamente en usuarias de dispositivos intrauterinos. (7,8)

#### Conclusión

- La asociación de esta patologia con diu en pacientes inmunocompetentes fue notable, siendo esencial la disrupción de la barrera mucoepitelial para la invasión del actinomyces presente en el dispositivo.
- El motivo de consulta en ambos casos descriptos fue el dolor localizado, presencia de tumoración y compromiso general con síndrome febril.
- El diagnóstico de ingreso no se realizó en ninguno de los casos y la infección fue confundida con procesos neoplásicos e infecciosos, como lo describe la bibliografía.
- No existió la sospecha de actinomicosis ni siguiera como diagnostico diferencial.
- El diagnóstico definitivo de actinomicosis se realizó mediante la visualización histológica del microorganismo en tejido extraído post laparotomía.
- El tratamiento quirúrgico en ambos casos fue de utilidad como procedimiento diagnóstico terapéutico, además de acortar los tiempos de internación y el cambio a terapia antibiótica oral. Estas características enfatizan los dos principios fundamentales de la terapia: la necesidad de un tratamiento antibiótico intensivo y prolongado y la amplia escisión quirúrgica de los tejidos comprometidos en abscesos y colecciones.

La diversidad de las presentaciones, desde formas subclínicas hasta una enfermedad progresivamente fatal relatada en la bibliografía, y la relativa infrecuencia de los casos, ha ocasionado que esta patología continúe ofreciendo dificultades diagnósticas y terapéuticas. Las presentaciones clínicas de esta enfermedad son poco frecuentes; hallándose en la literatura internacional y local un número limitado de casos o series publicadas referidas a localizaciones específicas.

Debe considerarse a la actinomicosis dentro del diagnóstico diferencial inicial, ya que la ausencia de sospecha clínica nos lleva al retardo diagnóstico y terapéutico, por tratarse de una enfermedad silente cuyo reconocimiento temprano es poco frecuente.

"El diagnóstico no es el fin, sino el comienzo de la práctica" Martin H. Fischer

## Bibliografía

- 1. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ACTINOMICOSIS: PRESENTACIONES POCO FRECUENTES EN HUÉSPEDES ESPECIALES TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA BUDINI PAULA MARÍA CÓRDOBA REPÚBLICA ARGENTINA 2011
- 2. UNIVERSIDAD DE A CORUÑA DEPARTAMENTO DE MEDICINA COLONIZACIÓN GENITAL POR ACTINOMYCES RELACIONADA CON EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO. IMPORTANCIA DE

EXTRAER O NO EL DISPOSITIVO EN SU TRATAMIENTO Memoria presentada para optar al grado de Doctora en Medicina y Cirugía por: M ª ISOLINA BONACHO PANIAGUA

- 3. Russo TA: Actinomycosis. En Harrison's: Principles of Internal Medicine. 17 th Edition. New York. Mc Graw Hill 1 (156): 996-999, 2008.
- 4. Faúndez S. Javier, Uribe A. Sebastián A., Pizarro C. Felipe S.. Actinomicosis pélvica. A propósito de un caso que simula un tumor de recto. Rev. cir. [Internet]. 2019 Dic [citado 2022 Jul 03]; 71(6): 557-561. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2452-45492019000600557&Ing=es. http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492019006361.
- 5. Madrid S. Freddy, Díaz Z. Sergio, Mucientes Francisco, Klaassen Rodrigo. Actinomicosis ginecologica. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. [Internet]. 2003 [citado 2018 Jul 13];68: 21-27.
- 6. Torres GS, Schalper CK. Análisis de la presencia de actinomicosis pélvica en mujeres de una comunidad rural en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol. 2002;67:232-6.
- 7. Enfermedad pélvica inflamatoria por Actinomyces sp. en paciente con dispositivo intrauterino: reporte de un caso. Pelvic inflammatory disease by Actinomyces sp. in a patient with an intrauterine device: Case report. Gisell Bustos-Moya<sup>a</sup>, Diego Josa-Montero<sup>a</sup> Jacqueline Perea-Ronco<sup>a</sup>, Sandra Gualtero-Trujillo<sup>a</sup> Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico y Enfermedad, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia Departamento de Laboratorio Clínico y Enfermedad, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia Servicio de Infectología y Epidemiología, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia. revista INFECTIO vol 20 num 1 enero/marzo 2016.
- 8. Arenas-Osorio AE, Osorio-Arcila Y, Cardona-Arias JA. Prevalencia de actinomicosis vaginal y su asociación con el uso del dispositivo intrauterino en tres instituciones de salud de Antioquia, 2013. Rev CES Med 2015; 29(1):47-58
- 1. Servicio Tocoginecología Hospital Villa Dolores Córdoba

# Embarazo Ectópico Abdominal con Feto Viable

**Autores:** 

Dr. Salgado, Carlos; Dr. Albónico, Pablo<sup>1</sup>

#### Resumen

Se presenta un caso de embarazo ectópico abdominal con feto viable, analizando la conducta adoptada para su seguimiento y abordaje de su resolución.

Se trata de la forma más rara de la gestación extrauterina. El diagnóstico se realizó luego de efectuar la evaluación ecográfica morfológica, y terminó siendo confirmado por RMI a las 26 semanas.

El consenso general es la interrupción de la gestación al momento de confirmado el diagnóstico, debido a la posibilidad cierta de graves complicaciones maternas y fetales. En caso de llegar a la viabilidad fetal, se recomienda la extracción por laparotomía, y en caso de ser riesgosa la extirpación de la placenta, se aconseja dejarla in situ, y evaluar, como conducta complementaria, la administración de metotrexate.

El seguimiento de la involución placentaria se lleva a cabo con dosaje de subunidad  $\beta$ -HCG y ecografías.

PALABRAS CLAVE: Embarazo abdominal; Embarazo ectópico; Metotrexate

#### **Abstract**

A case of abdominal ectopic pregnancy with viable fetus is presented, analyzing the adopted behaviour for its follow-up and resolution approach.

It is the rarest form of ectopic pregnancy. The diagnosis was established after the morphological echographic evaluation was carried out, and ended up being confirmed by MRI at 26 weeks.

The general consensus is the gestation interruption when diagnosis is confirmed, due to the certain possibility of serious maternal and fetal complications. In case of reaching fetal viability, extraction by laparotomy is recommended, and if removal of the placenta turns out too hazardous holding it in situ is advised. Also, in complementary conduct, the administration of methotrexate.

The follow-up of placental involution is carried out with dosaje of  $\beta$ -hCG subunit and ultrasound.

**KEYWORDS**: Abdominal pregnancy; Ectopic pregnancy; Methotrexate

#### Introducción

El embarazo ectópico es aquel en el cual, por alguna falla en el proceso reproductivo, el huevo fecundado termina implantándose fuera de la cavidad uterina (1)(2). Puede localizarse en distintas ubicaciones, siendo el tubárico el más frecuente (95 a 98 % de los casos) (1).

Se denomina embarazo abdominal cuando el desarrollo del mismo se produce en la cavidad abdominal. Es la forma más rara de gestación extrauterina ya que representa el 1% de los ectópicos, reportándose su incidencia en 1:10.000 a 1:30.000 embarazos (4)(5).

El consenso general es la interrupción al momento de confirmar el diagnóstico, sobre todo antes de las 20 semanas, debido a que las posibilidades de conseguir un feto sano son pocas, y la posibilidad de complicaciones maternas son muchas, ya que la implantación de la placenta puede llegar a afectar los órganos abdomino-pelvianos y los importantes vasos retroperitoneales (6)(7).

Se menciona que la mortalidad materna es 7,7 veces mayor que en el ectópico tubario, y 90 veces mayor que en el embarazo normal. La mortalidad neonatal se reporta de 75 a 95 % (3)(8) además de mencionarse hasta un 20 % de malformaciones fetales (8)(9).

En los muy infrecuentes casos de llegar a la viabilidad fetal, se extrae por laparotomía, y en cuanto al manejo de la placenta habitualmente se aconseja una conducta conservadora, dejando la placenta in situ, evaluando como posibles intervenciones la administración de metotrexate (10) y la embolización arterial para acelerar la involución de la misma (6).

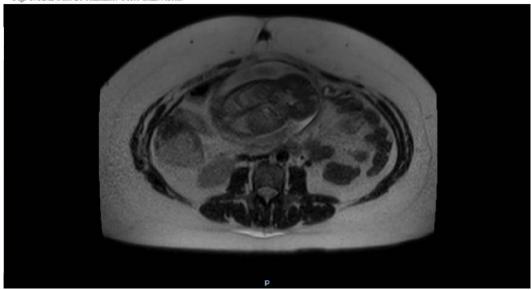
#### Presentación de Caso

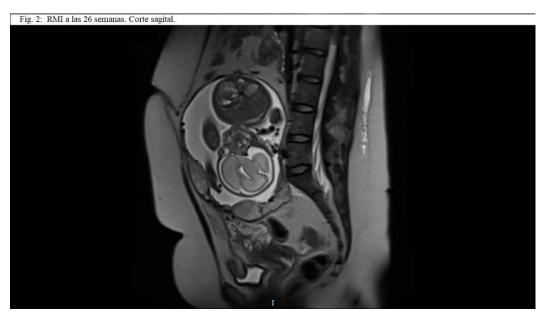
Paciente de 31 años, primigesta, sin antecedentes patológicos de importancia. Se habían efectuado ecografías a las 11 semanas para evaluación de translucencia nucal, y a las 18 para control de evolución obstétrica, en las cuales no se detectan anormalidades. Ambas fueron efectuadas en otro Servicio asistencial.

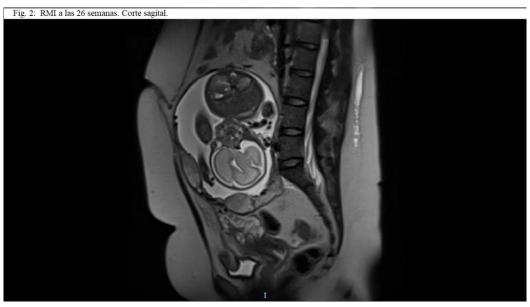
Al efectuarse una ecografía morfológica a las 24 semanas, se advierte placenta previa, con posible embarazo ectópico cornual, por lo cual se solicita una Resonancia Magnética para una mejor evaluación.

La RMI muestra embarazo ectópico abdominal, con placenta implantada en toda la pelvis, tanto en sentido anterior y posterior como hacia los flancos, y un feto vital de 26 semanas en la cavidad abdominal, con desarrollo normal, contenido solamente por las membranas (fig 1, 2 y 3).

Fig. 1: RMI a las 26 semanas. Corte transversal.







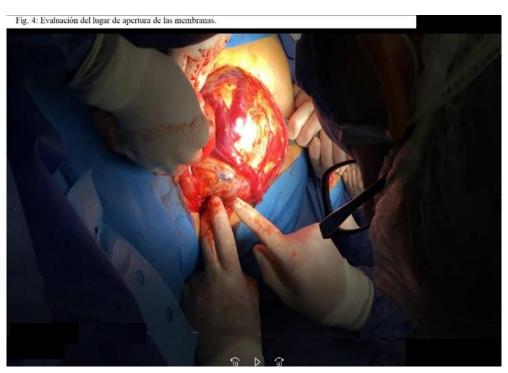
Se discute y se plantea a la paciente y sus familiares las distintas posibilidades, así como los riesgos inherentes a la conducta que se adopte, llegando a la decisión de continuar el embarazo hasta la viabilidad, planeando luego la extracción fetal. Se deja constancia de la decisión adoptada en un Consentimiento Informado.

Con la paciente internada en reposo absoluto y controles estrictos ecográficos de la evolución del embarazo, se formó un equipo interdisciplinario para el seguimiento y para la atención de la paciente y atender las posibles complicaciones.

Se realizó maduración con betametasona, con refuerzos semanales, hasta llegar a las 31 semanas, edad gestacional elegida para la intervención debido a molestias que comenzaba a sufrir la paciente. Se agrega neuroprotección con sulfato de magnesio en las 12 horas previas, y se lleva a cabo la cirugía.

Previa anestesia regional, se efectúa cistoscopía con colocación de catéteres ureterales en doble J, sin constatar invasión trofoblástica en vejiga. Luego se administra anestesia general, debido a que, evaluando la altura de la implantación placentaria en pared anterior, se debía realizar una laparotomía supraumbilical.

La misma se comienza con una incisión mediana para y supraumbilical, hasta llegar a cavidad abdominal, encontrando la superficie de las membranas amnióticas surcadas por groseros vasos, por lo que se amplía la incisión.



Se evalúa el sitio de apertura de las membranas en la parte superior de las mismas, en una pequeña zona libre de vasos importantes (fig 4), realizando de esta manera la extracción fetal (fig 5), naciendo un feto vivo sexo femenino, con un peso de 1480 g, Apgar 5-10.

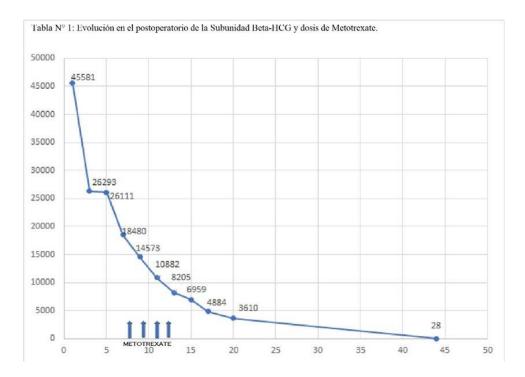
Se toman y ligan los principales vasos de las membranas, y se liga el cordón por la base (fig 6).



Se comprueba una hemostasia satisfactoria, y se explora la implantación de la placenta, constatando la infiltración de toda la pelvis inferior, tanto en los órganos como en pared anterior y posterior, y ambos flancos, lo cual imposibilita su extracción. Se cierra laparotomía dejando dos drenajes en el lecho.



Se transfunden 2 unidades de sangre, y la paciente cursa un postoperatorio inmediato sin complicaciones. Una vez recuperado su estado general, se administra Metotrexate en un régimen multidosis, consistente en 4 dosis de 1 mg/kg peso, y rescate con ácido folínico en días alternos. La paciente muestra una buena tolerancia a la medicación, dándose de alta a las 48 hs de completado el tratamiento instituido.



El control evolutivo se lleva a cabo con dosaje de Subunidad β-HCG cada 2 o 3 días, y seguimiento ecográfico de la masa placentaria y su vascularización. Los niveles de β-HCG tienen una franca disminución, que termina por negativizarse luego de 45 días a partir del momento de la intervención (tabla 1). Las ecografías muestran una lenta disminución de la masa placentaria y disminución de su vascularización.

También se realizó un Angiotomografía con reconstrucción tridimensional para evaluar la posible embolización vascular para contribuir a reducir la vascularización, pero se considera como no factible debido al calibre de los vasos afectados.

El Recién Nacido tiene una muy buena evolución, con requerimiento de C-PAP en los primeros 5 días de vida, retirándose luego al mejorar su mecánica ventilatoria. Recibió luminoterapia por hiperbilirrubinemia, y es dado de alta a los 31 días de vida con un peso de 2020 g.

#### Discusión

El equipo interdisciplinario se integró con los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Cirugía General, Cirugía Cardiovascular y Hemodinamia, Urología, Anestesiología y Hemoterapia.

Se plantearon las posibles complicaciones a tener en cuenta:

- Necesidad de intervenir de urgencia antes de lo planeado por rotura de las membranas o hemorragia
- Hemorragia intracesárea
- Hemorragia en el postoperatorio inmediato
- Complicaciones en el postoperatorio del remanente placentario (absceso, invasión de órganos vecinos, obstrucción intestinal, etc)

Resulta de fundamental importancia su detección precoz debido a la alta morbimortalidad tanto materna como fetal, por lo que la falta de diagnóstico es la circunstancia que explica que la gestación siga su curso sin que se plantee su interrupción. El diagnóstico se basa en las imágenes, fundamentalmente las ecografías tempranas, que permitirían ver la implantación del saco embrionario fuera de la cavidad uterina. También la RMI puede confirmar este diagnóstico (11).

En el caso presentado, las ecografías del primer trimestre no detectaron la anomalía, y recién al efectuar la evaluación morfológica a las 24 semanas se sospechó el diagnóstico. La RMI, además de confirmar la sospecha de gestación abdominal, permitió evaluar el espacio ocupado por la inserción placentaria, y los posibles órganos afectados. Además, orientó acerca de la mejor zona de abordaje, tratando de evitar lesiones en los gruesos vasos que surcaban las membranas.

Como se menciona en la bibliografía consultada, se ligaron los vasos de las membranas y el cordón umbilical, y, luego de comprobar que la amplia inserción de la placenta en la pelvis, interesando órganos y vasos importantes, hacía dificultosa y riesgosa la decisión de extirparla, la misma se dejó luego de constatar una adecuada hemostasia.

Se decidió realizar el esquema de multidosis de metotrexate durante el postoperatorio, como medida complementaria para favorecer su reabsorción.

El control evolutivo con los niveles de subunidad β-HCG mostraron una sostenida disminución en los valores, llegando a negativizarse a los 45 días de la cirugía, así como una lenta disminución del tamaño de la masa placentaria, así como una lenta disminución de la vascularización, evaluada por ecografía Doppler. La paciente tuvo una muy buena evolución de su postoperatorio, además de una buena tolerancia al tratamiento instaurado, con una rápida recuperación de su estado general.

## Bibliografía

- 1. Victor Vargas-Hernández y cols.: "Embarazo ectópico abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura". Rev Chil obstet ginecol, vol 82 n° 3, Santiago, jun 2017.
- 2. Dr Elías Faraj R.: "Un caso de embarazo abdominal". Rev Med Hond, vol 26 n° 4, p.107, 1958.
- 3. Nadia Fuentes Ruiz, Aurora Salazar de Escolero: "Embarazo ectópico hepático". Alerta, 2021; 4(1) 5-11.
- 4. Luis Guillermo Rejón-Estrada y cols: "Embarazo ectópico abdominal de término con neonato vivo: caso clínico y revisión de la bibliografía". Ginecol Obstet Mex, 2019 marzo, 87 (3):196-201.
- 5. José Gamboa Barrantes, Felix Ayala Peralta, Vilma Oros Camargo, Mario Ochoa Rua: "Presentación de un caso de embarazo ectópico abdominal a término con evolución favorable madre-niño". Rev Peru Investig Matern Perinat 2012, 1 (1):62-65.
- Aline Sá de Oliveira, Andrea García y Dubraska Silva: "Embarazo ectópico abdominal.
   Dificultad en el diagnóstico. A propósito de un caso". Rev Obstet Ginecol Venez vol. 76 n°3, Caracas, Sept 2016.
- 7. Armando Goldman: "Embarazo ectópico". Rev Latin Perinat. 2016, 19 (2) (77).

- 8. María Fernanda Escobar-Vidarte y cols.: "Embarazo ectópico abdominal avanzado: reporte de casos y revisión de la literatura". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 68 n° 1, pp 71-82, 2017.
- 9. Francisco Amaro Hernández y cols.: "Embarazo abdominal con recién nacido y madre vivos. Presentación de un caso". AMC vol. 5 n°. 5, Camagüey sept-oct 2001.
- 10. Yasmina José Gutierrez y cols.: "Embarazo ectópico abdominal. Diagnóstico y tratamiento con metotrexate". Prog Obstet Ginecol, 2011; 54 (5):257-260.
- 11. Arlene Rosario Falcón: "Gestación abdominal con feto vivo". Rev Per Ginecol Obstet 2009, 55:281-284.
- 1. Médicos de Planta Servicio de Tocoginecología Hospital Español de Rosario Sarmiento 3150 Rosario CP 2000

# Perfil Epidemiológico de Finalización de Embarazo Adolescente del Hospital Alejandro Gutierrez, Venado Tuerto

**Autores:** 

Arias Agustina Sofía, Berrettoni Fiorella, Correa Agustin, Hernandez Schira Bárbara, Razetto Florencia<sup>1</sup>

#### Resumen:

**Objetivo:** Determinar la incidencia de embarazo adolescente en nuestro hospital, la vía de finalización, estado de controles perinatales y nacimientos prematuros de los mismos

**Material y métodos**: estudio descriptivo, retrospectivo. Análisis de historias clínicas perinatales durante el periodo de enero 2018 a diciembre 2021. Análisis estadístico: incidencia de embarazo adolescente sobre un total de 3823 nacimientos, vía de finalización, cantidad de controles perinatales, edad gestacional de primer control, edad gestacional de finalización de embarazo.

**Resultados:** Se obtuvieron 417 (10.9%) nacimientos en mujeres adolescentes de un total de 3823. Del total 158 (38%) se finalizó por cesárea; 280 (67.1%) fueron embarazos con 5 o más controles; 136 (32.6%) del total con primer control antes de las 20 semanas. El 10.6% fueron recién nacidos prematuros.

**Conclusiones:** Prevaleció la finalización por parto vaginal, como así los embarazos con la cantidad de controles deseados, siendo baja la incidencia de nacidos prematuros.

Palabras claves: embarazo adolescente, finalización de embarazo, control perinatal.

#### Abstract:

**Objetive:** Determine the incidence, delivery mode, perinatal controls and preterm births of adolescent pregnancy in Hospital "Dr Alejandro Gutierrez"

**Material and methods:** Descriptive and retrospective study. Perinatal medical records were reviewed during the period of January 2018 to December 2021. Statistical analysis: incidence of adolescent pregnancy out of a total of 3823 births, delivery mode, amount of perinatal controls, and pregnancy weeks at first check-up and incidence of preterm births in the selected population.

**Results:** In the period evaluated, 417 (10.9%) births were counted in adolescent women out of a total of 3823; the age cut-off was 18 years old. Of the total number 158 (38%) were terminated by caesarean section; 280 (67.1%) were pregnancies with 5 or more controls; 136 (32.6%) of the total with first control before 20 weeks; and 10.6% were preterm births.

**Conlusion:** As a conclusion of the population studied, vaginal delivery prevailed, as well as the number of pregnancies with the desired number of controls, with a low incidence of preterm births.

#### Introducción

El embarazo adolescente se presenta como una problemática mundial influida por múltiples factores socioeconómicos, por lo que su abordaje resulta un desafío en la práctica obstétrica.

La prevalencia en nuestro país continúa siendo alarmante aun presentando diferentes herramientas para prevención del embarazo no deseado y programas públicos para educación sexual integral. Según la OMS El porcentual de nacimientos entre 15 y 19 años en el mundo es del 10%, Europa 5%, Asia 7%, mientras que para América Latina y Caribe es del 18%, presentando, según la OPS, la segunda tasa de fecundidad en adolescentes del mundo.

Reconocemos que el embarazo adolescente presenta mayor morbimortalidad que en los embarazos de mujeres adultas, como también conforma un factor que perjudica la inserción de la adolescente en la educación y trabajo facilitando situaciones de discriminación y violencia.

# Objetivos

Determinar la incidencia de embarazo adolescente en el servicio de Tocoginecologia del Hospital Dr. Alejandro Gutiérrez desde enero 2018 a diciembre 2021.

Conocer el porcentaje de embarazos controlados; vía de finalización e incidencia de nacimientos prematuros en población estudiada.

# Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron historias clínicas perinatales del Hospital Nodal Dr. Alejandro Gutiérrez ubicado en la localidad Venado Tuerto, Provincia Santa fe Argentina. Se tomaron como muestra nacimientos ocurridos el periodo de enero 2018 a diciembre 2021. Se tomaron las variables: edad materna, como corte se tomaron los 18 años; vía de finalización de embarazo, parto vaginal o cesárea; cantidad de controles perinatales tomando como corte para embarazo correctamente controlado la cantidad de 5 como mínimo. Edad gestacional de primer control perinatal, tomando como corte las 20 semanas como límite máximo. Edad gestacional de finalización considerando las 37 semanas como corte para discriminar en nacimiento de recién nacido prematuro. Análisis estadístico: los datos estadísticos se volcaron a planillas y se analizaron para establecer la incidencia de variables.

## Resultados

En el periodo evaluado se contabilizaron un total de 3823 nacimientos de los cuales 417 (10.9%) fueron nacimientos en mujeres adolescentes, como corte de edad se tomaron los 18 años, siendo la media y mediana de 17 años y la moda de 18 años, la edad de menor valor fue

12 años correspondiendo a un nacimiento. Podemos observar en la ilustración 1 la distribución según edad y año.

Del total de nacimientos en adolescentes, 158 se finalizó por cesárea resultando un 38%; en la ilustración 2 podemos contrastar con la prevalencia de cesárea en nacimientos en mujeres mayores a 18 años. En cuanto a los controles perinatales, 280 (67.1%) fueron embarazos con 5 o más controles; 136 (32.6%) del total con primer control antes de las 20 semanas. El 10.6% fueron recién nacidos prematuros.

#### Debate

Es escaso el análisis estadístico en embarazo adolescente en nuestra región, aun así, podemos contrastar con la prevalencia de embarazo adolescente encontrada en nuestro país salvando las diferencias entre provincias. En el año 2017 según la Secretaria de Salud Argentina se contabilizaron 94.079 nacimientos de madres menores a 20 años, un 13,6% del total de los nacimientos de dicho período; en su consenso sobre embarazo adolescente SOGIBA plantea el porcentaje de 18% de nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe; la OPS en su informe del año 2016 "Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe" establece la tasa de fecundidad para dicha región como la segunda mayor en el mundo. Al compararlo teniendo en cuenta las diferencias en edad y periodo con el valor obtenido en nuestro estudio con un porcentaje de 10.9% de nacimientos en madres menores de 18 años resulta alentador. Sin embargo debemos establecer jerarquía al análisis estadístico de centros de referencia en cada provincia para lograr contrastar dichos números y lograr poner en marcha políticas públicas de educación y prevención de embarazo adolescente.

#### Conclusión

Como conclusión de la población estudiada en relación a los objetivos previamente planteados prevaleció la finalización por parto vaginal, así como el número de embarazos con la cantidad de controles deseados, siendo baja la incidencia de nacidos prematuros.

## Bibliografía

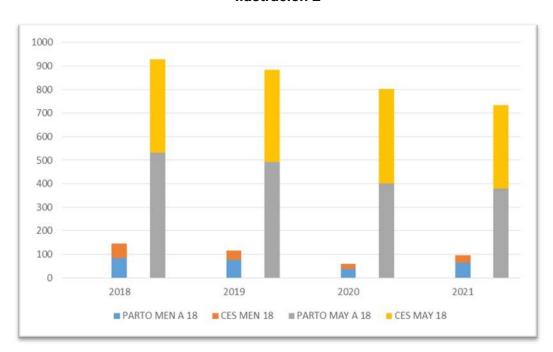
4 citas bibliográficas:

- Ramon Alberto Salinas Avalos, Fernando Martin Zunino Pradier, Veronica a. Locatelli, Griselda Itati Abreo. "vias de finalizacion de embarazo adolescente versus embarazo adulto" Hospital Dr. Jose Videl, Division de maternidad, sector obstetricia, Corrientes, Argentina, 2008
- "Embarazo adolescente" CONSENSO SOGIBA 2018
- Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica Washington, D.C., EE. UU – 2016
- "Protocolo cesarea" Protocolos Medicina maternofetal, Hospital Clinic, Sant Joan de Deu, Universidad de Barcelona, mayo, 2020

#### Ilustración 1



Ilustración 2



1. Residentes del Hospital Nodal "Dr. Alejandro Gutiérrez", Venado Tuerto, Santa Fe.

# Embarazo Abdominal Secundario a Dehiscencia en Cicatriz de Cesárea: Reporte de un Caso Clínico

**Autores:** 

Angelica Diaz, Claudia Rosales Ventura, Bastian Gallardo Portius<sup>1</sup>

# **Objetivos**

Presentar el caso de un embarazo abdominal secundario a dehiscencia de cicatriz de cesárea. Revisión de bibliografía.

# Materiales y Métodos

Reporte de caso clínico.

#### Resultados

Se presenta el caso de paciente de 31 años, multípara de 1 con cicatriz de cesárea anterior, quien cursando embarazo de 17+-5 semanas, ingresa con modificaciones cervicales y membranas expuestas con infección ovular.

Inicia inducción con Misoprostol, que resulta fallida, tras lo cual se diagnostica embarazo abdominal por ecografía y tomografía computada.

Se indica resolución vía laparotomía, en donde se constata embarazo intraabdominal secundario a dehiscencia en cicatriz de cesárea. Se realiza terminación del embarazo y reparación de histerorrafia dehiscente.

# Conclusiones

El embarazo ectópico abdominal es una condición rara, de difícil diagnóstico, con un manejo variable dependiendo de la condición de cada paciente. A través del caso clínico se presenta la experiencia de un caso de un embarazo abdominal comunicado a útero y vagina, que se maneja quirúrgicamente, con desenlace favorable.



1. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Universidad de Chile

# Malformación Arteriovenosa Uterina: Estrategias Diagnósticas y Terapéuticas

**Autores:** 

Giselle Andreina Pelaitay Rodriguez, Rosa Stella Palavecino, Miranda Saravia Adriana Camila, Hugo Rivas<sup>1</sup>

# **Objetivos**

Mostrar los diferentes tipos de estrategias diagnósticas y terapéuticas de dos casos de Malformación arteriovenosa uterina.

## Materiales y Métodos:

Pacientes y métodos: Caso 1: Paciente de 29 años con reiteradas consultas en urgencias por ginecorragia abundante con coágulos y dolor pélvico, antecedente de legrados uterinos en tres oportunidades por sangrados uterinos anómalos. Como antecedentes personales dos partos por cesárea y lisis tubaria, anemia crónica, sin otra patología de relevancia. Caso 2: Paciente de 24 años, que consulta por ginecorragia abundante, refiere episodios previos que ceden espontáneamente sin tratamiento. Con antecedentes personales de un aborto con legrado uterino dos meses previos, sin paridad ni patologías de relevancia

### Resultados:

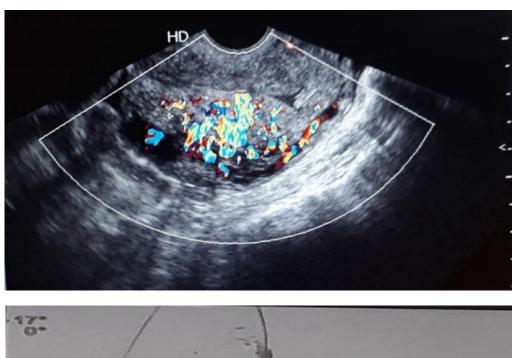
Caso 1: Al ingreso al servicio, signos vitales y examen ginecológico normales, con ginecorragia. Se realizaron estudios complementarios con ecografía ginecológica, resonancia nuclear magnética (RNM) y valoración hemodinámica con arteriografía. Se concluyó en: Malformación arteriovenosa uterina de alto flujo irrigada por las arterias hipogástricas derecha e izquierda y también iliaca derecha. Se realizó un manejo multidisciplinario con embolización vascular transitoria y posterior tratamiento quirúrgico de salpingohisterectomía total abdominal.

**Caso 2**: Examen ginecológico normal, se descartó embarazo, con hospitalización para estudios, donde se realizó ecografía ginecológica, RNM y arteriografía selectiva de arterias uterinas derechas e izquierda y renal izquierda por servicio de hemodinamia: Malformación arteriovenosa uterina muy pequeña, por lo que se decide seguimiento ambulatorio sin conducta quirúrgica actual. En ambos casos se descartó trastornos de la coagulación.

## Conclusiones

La malformación arteriovenosa uterina es una causa poco frecuente de sangrado uterino anómalo, cuya presentación es variable desde casos asintomáticos hasta hemorragias severas. Debido a la falta de consenso en el manejo de esta patología, el presente trabajo muestra las estrategias de manejo de dos casos en el servicio de ginecología, teniendo en

cuenta el contexto clínico y preservación de la fertilidad de las pacientes con un abordaje multidisciplinario.





1. Hospital Público Materno Infantil

# Carcinoma Neuroendócrino de Células Grandes de Endometrio con Metástasis Vaginal: Reporte de un Caso y Revisión de la Literatura.

**Autores:** 

Nadia Denise Tyszczenko, Natacha Crevatin, Paola Coronado, Christian Chacon, Horacio Moschen, Lili Díaz, Marcelo Gómez Roca, Alejandro Aragona<sup>1</sup>

## **Objetivos**

Reportar un caso de carcinoma neuroendocrino de células grandes (CNECG) de endometrio con metástasis vaginal. Realizar una revisión bibliográfica sobre esta patología.

# Materiales y Métodos

Paciente de 59 años de edad, consulta por formación tumoral vaginal. Nuligesta. Refiere escasos controles ginecológicos normales como consecuencia de intolerancia al espéculo y a los exámenes físicos.

Se realiza examen bajo anestesia general: formación en tercio medio e inferior de vagina, 4 cm aproximadamente, friable, compromete paracolpos derecho. Cuerpo uterino aumentado de tamaño y consistencia. Se toma biopsia vaginal: carcinoma escamoso semidiferenciado de vagina.

Resonancia magnética nuclear: lesión vaginal de 38 mm. Adenomegalias pelvianas e inguinales. Lesión expansiva en cavidad endometrial sospechosa.

Posterior laparotomía de staging: Se constata irresecabilidad de lesión vaginal. Anexohisterectomía radical tipo C1 + debulking ganglionar pelviano. Postoperatorio sin complicaciones.

La pieza operatoria final, macroscópicamente presentó cavidad endometrial reemplazada por formación tumoral exo- endofítica blanquecina-amarillenta de 6 x 4,5 x 4,5 cm e infiltra el tercio externo miometrial a 0,1 cm de la serosa. Microscópicamente, presentó nidos sólidos de células con moderado a marcado pleomorfismo nuclear, nucléolos evidentes y elevado índice mitótico. Extensas áreas de necrosis y numerosas embolias neoplásicas en vasos linfáticos. Compromiso de la mitad externa miometrial extendiéndose hasta istmo e infiltrando ambos parametrios. Presencia de embolias neoplásicas vasculares. Metástasis carcinomatosa a nivel de un ganglio obturador izquierdo.

La IHQ reveló positividad para citoqueratina, sinaptofisina, cromogranina y parcheada con CK5. P53 mutado (98% de expresión). PAX 8 no evaluable. Negatividad para P63 y Receptores de Estrógeno y Progesterona.

Se interpretó como CNECG. La lesión vaginal se reinterpretó en conjunto con la biopsia previa, como secundarismo. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento con oncología clínica a fin de evaluar el inicio de radioterapia pelviana o quimio- radioterapia pelviana.

### Resultados

Los CNECG son neoplasias agresivas de alto grado, infrecuentes dentro del espectro del linaje de células neuroendocrinas.

En la exhaustiva revisión de la literatura, los datos se limitan a informes de casos con mal pronóstico. La inmunohistoquímica (IHQ) arroja positividad para sinaptofisina, cromogranina y CD56.

A la fecha se han publicado 18 artículos con casos aislados a nivel mundial con una mediana de edad de 63.9 años.

La mayoría de los pacientes presentaban enfermedad avanzada

### **Conclusiones**

Los hallazgos patológicos e IHQ son esenciales para el diagnóstico de CNECG endometrial. Según la bibliografía consultada, de contar con el diagnóstico preoperatorio de CNECG con IHQ, podrá considerarse quimioterapia neoadyuvante (platino y etopósido) seguida de anexohisterectomía.

Si bien no hay consenso sobre el tratamiento adyuvante, suele administrarse quimioradioterapia.

El pronóstico es desfavorable incluso en etapas tempranas y su agresividad biológica poco comprendida.

1. Equipo de Ginecología Oncológica Dr. Alejandro Aragona

# Hemoglobinuria Paroxística Nocturna y Embarazo, Primera Experiencia en el Hospital Interzonal General de Agudos de Junín en 2022

**Autores:** 

Milagros Curcio, Carla Savino, Maria Isabel Somma<sup>1</sup>

# **Objetivos**

Describir caso clínico de paciente gestante con hemoglobinuria paroxística nocturna ocurrido en Junín en 2022.

# Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, a propósito de un caso. Paciente de 23 años, nulípara, que cursa gesta de 8 semanas con diagnóstico de hemoglobinuria paroxística nocturna asociado a aplasia medular de 11 años de evolución. Antecedente de ACV hemorrágico 3 meses antes de la gestación en contexto de consumo problemático de cocaína, que se mantuvo durante toda la gestación. Al momento de la consulta, sin tratamiento con eculizumab e inicio reciente de heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica.

### Resultados

Se realizó seguimiento en conjunto con Hematología, Trabajo Social y Psicología. Durante gestación se continuó con la indicación de eculizumab, ácido acetilsalicílico 150 mg/día, enoxaparina 40 mg/día y ácido fólico 5 mg/día asociado a sulfato ferroso. En la semana 34 se realiza diagnóstico de RCIU estadio 1, con proteinuria en orina de 24 hs negativa. Se decide finalización de embarazo a la semana 37 por cesárea abdominal electiva y deseo de anticoncepción quirúrgica. Presentando Hto. 36.6, Hb 12.2, Plaquetas 77000, leucocitos 4400, coagulograma dentro de parámetros normales. Nace recién nacido femenino de 2280 gr. con APGAR 9/10 con controles postnatales dentro de la normalidad.

## Conclusiones

Coincidimos que la escasa disponibilidad de material bibliográfico sobre la hemoglobinuria paroxística nocturna en contexto de un embarazo se debe a la baja incidencia a nivel mundial. Por este motivo resulta relevante exponer nuestra experiencia.

Cabe destacar que nuestra paciente presentó consumo problemático de cocaína lo que potencia las eventuales complicaciones por su patología de base. Debido a esto, en conjunto con el comité de lactancia y servicio de toxicología provincial, se decidió inhibir la lactancia con el objetivo de la reducción de riesgos y daños en el neonato.

Como objetivo final, desearíamos que nuestra experiencia contribuya en los futuros lineamientos de atención a gestantes con hemoglobinuria paroxística nocturna.

1.HIGA Abraham Piñeyro Junin



# Escuela FASGO

# **Cursos Disponibles**

Síndrome de Ovarios Poliquísticos a lo largo de la Vida: Desde Intraútero hasta la Postmenopausia.

Su abordaje Práctico.



Directoras Dra. Graciela Schabelman y Dra. Graciela Lewitan Qué debemos saber y hacer en Osteopenia y Osteoporosis



Directora Dra. Mabel Martino

#### Hacia la Erradicación del Cáncer Cervical

Tamizaje - Vacunación y Manejo de las Lesiones Precursoras Las respuestas a los Problemas Diarios del Ejercicio Profesional



Directores Prof. Tit. Dr. Silvio Tatti Doc. Aut. Dra. Laura Fleider

# Restricción del Crecimiento Intrauterino



Director Dr. Nicolás Ávila Preservación de la Fertilidad en Pacientes Oncológicas ¿Qué debe saber el Tocoginecólogo?



Director Dr. Luis Auge

# Asfixia Intrauterina



Director Dr. Roberto Votta

# Embarazo Múltiple



Director Dr. Lucas Otaño

# El Ginecólogo en la Atención de la Adolescente



Directoras Dra. Graciela Lewitan y Dra. Graciela Schabelman

# Consultas Frecuentes en la Urgencia Ginecológica



Directores Prof. Tit. Dr. Silvio Tatti Doc. Aut. Dra. Laura Fleider



# Escuela FASGO

**Cursos Disponibles** 

Principios de Uroginecología

Los problemas de la práctica diaria



Directora Dra. Marta Ledesma El Ginecólogo Ante la Patología Mamaria



Director Dr. Jorge Bustos Oncología Ginecológica



Director Dr. Gonzalo Franco

Abdomen Agudo Ginecológico por Abordaje Mínimamente Invasivo



Directora Dra. Matilde Quaranta Endocrinología Ginecológica y Reproductiva



Directora Dra. Belén Pérez Lana Doppler
Básico para
Tocoginecología
¿Cómo Interpreto y Resuelvo?



Director Dr. Nicolás Ávila

Dolor pelviano crónico. Nuevos conceptos sobre diagnóstico y tratamiento



Director Dr. Alejandro González Inicio Inmediato: El alumno se inscribe y cursa a su ritmo

Conozca los Programas e inscríbase en

http://cursos.fasgo.org.ar

# http://cursos.fasgo.org.ar

**Consensos FASGO** 

http://consensos.fasgo.org.ar

**Jornadas, Cursos y Otras Actividades** 

http://jornadas.fasgo.org.ar

Info FASGO

http://info.fasgo.org.ar