Revista FASGO

Volumen 21
Nº 2 – Junio de 2022

ISSN 2683-8826

Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

Contenidos

Volumen 21 | Nº 2 – Junio de 2022

Página 3 **Editorial**.
Dr. Raul Winograd

Página 4 **Autoridades**

Trabajos Originales

Página 8 Micoplasmas urogenitales: su participación como copatógenos en infecciones genitales femeninas
Possi Yanina, Manias Valeria, Mendosa María Alejandra, Nardín María Elena.

Página 16 Interrupción Voluntaria del Embarazo: Experiencia, en el HIGA Junín, luego de la Implementación de la Ley 27.610
Barile Paula, Curcio Milagros, Sanchez Agustina, Savino Carla, Somma Isabel.

Artículo de Revisión

Página 21 Istmocele: Una revisión de la literatura.
MD Paula Camila Godoy-Villamil, MD Ángela Patricia Caicedo-Goyeneche, Paula Andrea Mejía-Rodríguez, Dannia Rosas-Pabón, Stephanie Patricia Paba-Rojas

Género y Sexualidad

Página 41 Conceptos básicos sobre atención integral con perspectiva de género para el consultorio ginecológico.
Dra. María Eugenia Bazán Quiroga

Educación

Página 51 Creatividad, inteligencia y conocimiento
Dr. Mariano Grilli

Comunicación Breve

Página 57 Triploidía 69 XXX: a propósito de un caso
Dra. Gastaldi M. L. – Dra. Ricci M.B. - Dra Baldi M.C. - Dra. Garcia C. – Dra. Del Carretto M. A.

ISSN 2683-8826

Editorial

Nuestra práctica diaria de la Obstetricia está condicionada por múltiples factores que desincentivan no solamente a los jóvenes en formación, sino también a aquellos con muchos años de ejercicio y bien ganado prestigio.

Es una realidad que hoy tenemos que trabajar “a la defensiva” para cubrirnos de reclamos judiciales, indicar estudios de laboratorio y de imágenes “a pedido” a riesgo de perder pacientes si no lo hacemos.

Además, ahora se accede en tiempo real a ensayos clínicos de fármacos y procedimientos de diagnóstico que muestran beneficios, pero dentro de un marco riguroso de selección de la población y procesamiento de los datos. El problema radica en que no siempre son directamente trasladables a las pacientes que asistimos.

El incesante incremento de la tasa de cesáreas, en buena parte atribuible a no respetar los tiempos fisiológicos del trabajo de parto, podría asociarse a que tanto los médicos como las obstétricas deben atender un mayor número de pacientes para compensar los honorarios insuficientes que perciben.

Este presente poco alentador requiere un cambio de paradigma:

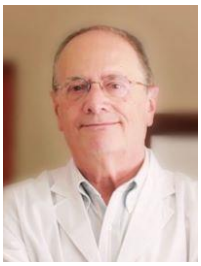
Retribución por calidad y no por cantidad.

Una de las herramientas con las que contamos para avanzar hacia esa meta es el proceso de certificación periódica, que incorpora una "evaluación del aprendizaje" independiente y validada para determinar que el diplomado tiene el conocimiento, el juicio y las habilidades para brindar atención segura y eficaz al paciente de forma independiente. Lograr la certificación asegura a la profesión y al público que un diplomado cumple con los estándares de la especialidad.

Las actividades profesionales confiables (APROC) –entrustable professional activities– se han convertido en un tema de actualidad en los programas de educación médica basados en competencias en diferentes países y han sido objeto de centenares de publicaciones en pocos años.

Las APROC son las unidades de actividades profesionales confiables que constituyen lo que los médicos hacen en su trabajo diario reemplazando el modelo según el cual, en un tiempo determinado, se debía llegar de forma automática a obtener una licencia para ejercer, en lugar de realizar una evaluación rigurosa de las competencias adquiridas.

FASGO en el marco de su planificación estratégica, está trabajando en las APROC para actualizar el marco de referencia para la formación de Residentes y también para aplicarlo a futuro en la certificación inicial o de renovación de los especialistas, consciente que su prestigio institucional y reconocimiento a nivel nacional e internacional contribuirá a que los nuevos paradigmas sean pronto una realidad.



Prof. Dr. Raul Winograd
Ex Presidente de FASGO
Profesor Titular Consulto de Obstetricia de la Universidad de Buenos Aires

REVISTA FASGO

Director
Dr. Bernardo Kupferberg

Secretario de Redacción
Dr Pablo Sayago

Comité Editorial: Dr. Samuel Seiref
Dra. Claudia Travella

Comité Científico Dr. Mariano Grilli
Dr Horacio Crespo
Dra Alba Stagnaro
Dra Alejandra Julia Giurgiovich

CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL, 2021-2023

Presidente: Dr. Pedro Daguerre

Vicepresidente: Dr. Hector Scaravonati

Secretaria General: Dra. Mabel Martino

Prosecretario General: Dr. Sebastián Gogorza

Tesorera: Dra. Claudia Travella

Protesorero: Dr. Constantino Mattar

Secretario de Actas: Dr. Enrique Elli

Director de Publicaciones: Dra. Patricia Cingolani

Vocales Titulares: Dr. Miguel Huespe
Dra. Graciela Serio

Vocales Suplentes: Dr. Augusto Ortiz
Dr. Mario Kurganoff
Dr. Marcelo Kolar
Dr. Alejandra Elizalde Cremonte

COMISIÓN REVISORA DE CUENTAS

Titulares: Dr. Diego Nogueira
Dr. Roberto Ovando
Dr. Javier Lukestik

Suplentes: Dr. Roberto Tissera
Dra. Daniela Rebelo
Dra. Adriana Montivero

TRIBUNAL DE HONOR

Titulares: Dr. René Del Castillo
Dr. Antonio Lorusso
Dr. Roberto Tozzini

Suplentes: Dr. Francisco Gago
Dr. Raúl Winograd
Dra. Maria Sebastiana Sanchez

CONSEJO ACADÉMICO NACIONAL

Presidente: Prof. Dr. Luis Augé

Vicepresidente: Prof. Dr. Héctor Bolatti

Secretario General: Prof. Dr. Raul Winograd

Prosecretario: Prof. Dr. Samuel Seiref

Secretario de Actas: Dra. Leticia Ojeda

Vocales: Prof. Dr. Néstor Garello
Prof. Dra. Alejandra Elizalde Cremonte
Prof. Dr. Edgar Zamuttini
Prof. Dr. Orlando Forastieri

Coordinador General de Evaluaciones de Residencias:
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. Alba Stagnaro
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
Dra. Patricia Cingolani
Integrantes
Dr. José María Mariconde
Dra. María Soledad Ratto

Reserve la Fecha

Micoplasmas urogenitales: su participación como copatógenos en infecciones genitales femeninas

Autores:
Possi Yanina[1], Manias Valeria[2], Mendosa María Alejandra[2], Nardín María Elena[2]

Condensación

Prevalencia de micoplasmas urogenitales, perfil de resistencia y sus asociaciones a distintos Estados Vaginales Básicos y copatógenos en mujeres adultas sintomáticas.

Resumen

Los Micoplasmas son microorganismos complejos, sofisticados y únicos por su naturaleza entre los procariotas. *Mycoplasma hominis* (Mh) y *Ureaplasma urealyticum* (Uu) pueden ser aislados del tracto genitourinario de hombres y mujeres como patógenos. El objetivo fue determinar la prevalencia de micoplasmas en mujeres sintomáticas, sus asociaciones con los estados vaginales básicos (EVB) y copatógenos, y sus perfiles de resistencia antimicrobiana. Se estudiaron 412 muestras de hisopados endocervicales de mujeres adultas, atendidas en un hospital público de Santa Fe, durante 3 años.

El mayor porcentaje de prevalencia fue Mh. Se halló asociación de Mh con EVB V y Uu con EVB II. Las levaduras fueron los microorganismos más hallados, interactuando mayormente con Uu. Aún hoy, el rol patógeno de los micoplasmas sigue siendo incierto, por lo que el estudio de la casuística local aporta datos que promueven su detección, para fijar conductas que favorezcan la prevención de la infección y complicaciones asociadas.

Palabras clave: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, copatógenos genitales, resistencia antibiótica en micoplasmas.

Abstract

Micoplasmas are complex microorganisms, sophisticated and unique in nature among prokaryotes. Mycoplasma hominis (Mh) and Ureaplasma urealyticum (Uu) can be isolated from the genitourinary tract of men and women as pathogens. The objective was to determine the prevalence of mycoplasmas in symptomatic women, their associations with the basic vaginal states (BVS) and copathogens, and their antimicrobial resistance profiles. We studied 412 samples of endocervical swabs from adult women, treated in a public hospital in Santa Fe for 3 years.

The highest percentage of prevalence was Mh. Mh was found to be associated with BVS V and Uu with BVS II. Yeasts were the most frequently found microorganisms, interacting mostly with Uu. Even today, the pathogenic role of mycoplasmas remains uncertain, so the study of

local casuistry provides data that promote their detection, to set behaviors that favor the prevention of infection and associated complications.

Key words: Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, genital copathogens, antibiotic resistance in mycoplasmas.

Introducción

Las bacterias del género *Mycoplasma* (familia *Mycoplasmataceae*, orden *Mycoplasmatales*) pertenecen a la clase *Mollicutes* y representan un grupo de microorganismos complejos, sofisticados y únicos por su naturaleza entre los procariotas, que durante largo tiempo han constituido, y aún constituyen, un enigma para los microbiólogos (1).

En los humanos, se han aislado 14 especies, de las cuales 12 pertenecen al género *Mycoplasma* y 2 especies pertenecen al género *Ureaplasma*. De éstas, Mh y Uu pueden ser aisladas del tracto genitourinario de hombres y mujeres asintomáticos como comensales, pero también son considerados actualmente como agentes etiológicos de uretritis no gonocócica, prostatitis, epididimitis, vaginosis, inflamación pélvica, abortos, partos prematuros, corioamnionitis, salpingitis, fiebre puerperal, infertilidad, pielonefritis, e infecciones en el recién nacido (1, 2).

Los micoplasmas poseen tres características biológicas principales que los hace ser únicos entre el resto de las bacterias y que caracterizan su comportamiento en relación con el hospedador (1, 3).

Se encuentran desprovistos de pared celular o precursores químicos del peptidoglucano, que dificulta que se tiñan con la coloración de Gram, solamente están limitados por una membrana plasmática que contiene esteroles, que les confiere polimorfismo (1, 2, 3). Esa carencia de pared celular, explica su resistencia a los antibióticos β-lactámicos. Poseen además el tamaño más pequeño conocido en un microorganismo de vida libre, tanto en su dimensión celular (0,2-0,8 µm) como en el tamaño del genoma. Presentan la estructura celular más sencilla, integrada por una membrana plasmática trilaminar, similar a las de las células superiores, un citoplasma con ribosomas y una molécula de ADN de doble cadena circular, densamente empaquetada de aproximadamente 500 megadaltons, por lo que su aspecto es similar al de una célula eucariótica.

Cuentan con muy escasa dotación de vías metabólicas, principalmente dedicadas a la generación de energía y en mucho menor grado a proporcionar sustratos para las vías sintéticas. Esto los obliga a una íntima relación microorganismo-hospedador, que se manifiesta como parasitismo de superficie con las células de los epitelios y células del sistema inmunitario y con localización intracelular, en algunas especies (1,3).

Son capaces de adherirse a varios tipos de células como uretrales, espermatozoides y eritrocitos (4).

La colonización por Mh y Uu puede tener lugar durante el nacimiento, pero en la mayoría de los casos la infección se auto limita. Sin embargo, las tasas de colonización se incrementan cuando los individuos comienzan a ser sexualmente activos, (3, 4, 5, 6) ya que la actividad sexual implica el contacto de la piel y mucosas genitales, la cavidad oral y el recto, facilitando las asociaciones de múltiples agentes etiológicos en este tipo de infecciones. El éxito de las asociaciones de los micoplasmas con otros microorganismos depende de la humedad, pH,

temperatura, nutrientes, adherencia a superficies mucosas, fagocitosis y otros fenómenos que ocurren a nivel del aparato urogenital (2) por lo que una microbiota vaginal saludable juega un rol importante en la protección del tracto genital femenino frente a diversos patógenos (7).

La naturaleza de cronicidad de la infección por micoplasmas y su evolución primordialmente asintomática, hacen pasar desapercibidos estos microorganismos, provocando patologías inflamatorias crónicas de los órganos del aparato reproductor (8, 9).

Objetivo

Conocer la prevalencia de Mh y Uu en una población de mujeres sintomáticas, sus asociaciones con los distintos EVB y otros agentes patógenos además de su perfil de resistencia antibiótica.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico transversal, observacional y descriptivo en mujeres adultas, sexualmente activas, con signos y síntomas manifiestos de disfunción del tracto genital, que concurrieron al laboratorio central del Hospital J. M. Cullen, durante el período enero 2017- diciembre 2020. Se procesaron 412 muestras de hisopados endocervicales. La detección y diferenciación de Uu y Mh se llevó a cabo con el kit comercial MYCOFAST screening Revolution (REF 00063) basado en la aptitud de Uu y Mh para metabolizar la urea y la arginina, respectivamente. La muestra endocervical se descargó en el medio de transporte de micoplasmas y se inoculó este contenido en los pocillos de Uu y Mh. Se añadió el suplemento activador de Mh, se agregaron 2 gotas de vaselina y posteriormente se cubrieron los pocillos con una etiqueta adhesiva. Se incubó a 37°C ± 1°C durante 24 horas para la lectura e interpretación de los resultados. El crecimiento de los micoplasmas urogenitales en los pocillos, se reconoció por una alcalinización del medio que vira al color rojo. Aquellas muestras que resultaron positivas para esta determinación cualitativa, se cuantificaron con el kit MYCOFAST Evolution (REF 00062) siguiendo el mismo procedimiento que se usó para la técnica de screening. Se consideró desarrollo significativo a aquellas muestras con recuentos $>10^5$ UCC/ml.

Este kit cuenta además con pocillos de antibióticos para la determinación simultánea del perfil de sensibilidad de ambos microorganismos ante levofloxacina, tetraciclina, eritromicina, clindamicina y moxifloxacina.

La reacción del medio en los pocillos que contienen antibiótico, indica la capacidad de la cepa para desarrollarse en presencia de la concentración probada del antibiótico.

Se realizó exudado vaginal simple para la categorización de Estados Vaginales Básicos (EVB) aplicando la metodología BACOVA (balance del contenido vaginal), la cual detecta cinco estadios diferentes, que relacionan la eubiosis y disbiosis (Valor Numérico de Nugent) con la Reacción Inflamatoria Vaginal (RIV) (10). Para analizar coinfecciones se agregó cultivo en medio Saboureaud para diagnóstico de candidosis, agar Tayer-Martin y agar chocolate para diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) y examen microscópico para búsqueda de *Trichomonas vaginalis* (Tv). Aquellas muestras cuya solicitud requería la búsqueda de *Chlamydia trachomatis* (Ct) se derivaron al Laboratorio Central de la Provincia, para su realización mediante técnica de RT: PCR.

Se analizaron los porcentajes de prevalencia de micoplasmas urogenitales, su relación con los EVB y otros agentes patógenos, así como sus porcentajes de resistencia antimicrobiana.

Resultados

Con respecto a la prevalencia de micoplasmas urogenitales

Del total de 412 muestras estudiadas,17,8% (n:73) resultaron positivas para alguno de los micoplasmas urogenitales, correspondiendo el 12,3% (n:9) a Mh, 63% (n: 46) a Uu y 24,6% (n:18) a la asociación de ambos.

Con respecto a la asociación con los EVB

Del total de las muestras positivas para micoplasmas urogenitales (n:73), se determinó el porcentaje de asociación con los distintos EVB obteniendo como resultado el mayor porcentaje de Uu con EBV II y de Mh con EBV V. (Tabla 1)

Tabla 1. Porcentajes de detección de micoplasmas urogenitales en relación con el equilibrio bacteriano del Contenido Vaginal (Eubiosis-Disbiosis)

	Mh (+) (n:9)		**Uu (+) (n:46)**		**Mh (+) + Uu (+) (n:18)**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
EBV I	-		9	19,6	-	
EBV II	-		14	**30,4**	-	
EBV III	-		3	6,5	-	
EBV IV	4	44.4	9	19,6	7	38,9
EBV V	5	**55.6**	11	23,9	11	61,1

Con respecto a la asociación con otros patógenos

Del total de los microorganismos hallados como copatógenos de micoplasmas (n:14), las levaduras fueron las más frecuentes (n:6) y todas junto a Uu, siguiendo en orden de aparición Ct y Tv con diferentes asociaciones.

Por otra parte, Ng, no se aisló en ninguna de las muestras. (Tabla 2)

Tabla 2. Porcentajes de asociación de micoplasmas urogenitales en relación con otros microorganismos estudiados

Microorganismos en asociación	**N°**	**Mh (+)**	**Uu (+)**	**Mh (+) + Uu (+)**

		n	%	n	%	n	%
Levaduras	6			6	**54.5**	-	
Trichomonas vaginalis	4	1	100.0	2	18.2	1	50.0
Chlamydia trachomatis	4	-		3	27.3	1	50.0
Neisseria gonorrhoeae	-	-		-		-	
total	14	1	100	11	100	2	100

Con respecto a la sensibilidad

Del total de Uu (n:64), la mayor resistencia se observó a levofloxacina (20,3%). Por su parte Mh (n:27) resultó más resistente a moxifloxacina (37%). El total de las cepas de Uu y Mh fue resistente a eritromicina y clindamicina respectivamente confirmando su resistencia natural al antibiótico. (Tabla 3)

Tabla 3. Porcentajes de resistencia antibiótica de Uu y Mh

	levofloxacina		**moxifloxacina**		**eritromicina**		**clindamicina**		**tetraciclina**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uu (n:64)	13	20,3	9	14,1	8	12,5	-	-	11	17,2
Mh (n:27)	8	29,6	10	37	-	-	1	3,7	-	-

Discusión

Internacionalmente, desde inicios del milenio, investigaciones efectuadas en pacientes con infecciones urogenitales han demostrado el significado clínico de los micoplasmas, especialmente las especies Uu, Mh o las asociaciones entre ambos (2).

Con respecto a la prevalencia de micoplasmas urogenitales

En nuestra población se observó un predominio de Uu del 11,2% sobre 2,2% de Mh y un 4,4% de la asociación Uu/Mh.

Estos resultados concuerdan con lo comunicado por otros autores como Marín y cols. (3), Reyna y cols. (8), Zotta y cols. (5) y Nuradilova *et al* (4), que reportan porcentajes superiores de prevalencia de Uu frente a Mh. En cambio, discrepan con Rivera-Tapia y cols. quienes mediante la técnica de PCR múltiple mostraron que la prevalencia de Uu fue de 9,6% (n:6) y Mh de 72,5% (n:45) en el total de las muestras procesadas (11).

Con respecto a la asociación con los EVB

Mediante el estudio morfológico del BACOVA que integra la evaluación de la microbiota habitual vaginal (Valor Numérico de Nugent) y la determinación simultánea de la RIV, se reconocen *prima facie* dos áreas puntuales de patología vaginal de alta frecuencia: Vaginosis y Vaginitis. La vaginitis, requiere la presencia de RIV significativa en el contenido vaginal (CV), en principio, con o sin alteración de la microbiota habitual. La RIV implica en la gran mayoría de casos, una reacción a estados agresivos inducidos por factores de virulencia de diferentes microorganismos (12). En nuestro estudio se demostró que los mayores porcentajes de EVB que incluyen RIV se correlacionaron con la presencia de micoplasmas urogenitales, tanto Uu con el EVB II como Mh y la asociación Uu/Mh con EVB V. El hallazgo de Uu en el resto de los EVB sin RIV podría explicarse por la presencia de estas bacterias habituales del CV, que no llegan a tornarse agresivas ante la integridad del epitelio vaginal (12).

Con respecto a la asociación con otros patógenos

Al analizar las interacciones de las especies de micoplasmas con otros agentes biológicos, es necesario recalcar que, en las infecciones urogenitales, los microorganismos se transmiten con gran eficiencia durante la actividad sexual. Por tal motivo en este tipo de infecciones, debe considerarse la presencia de múltiples agentes etiológicos que pueden aparecer asociados entre sí.

Las levaduras como *Cándida* sp., pueden hallarse en poca cantidad sin hacer daño, pero al aumentar la concentración de ellos y romperse el equilibrio ecológico de la vagina, ésta se hace vulnerable a la adquisición de patógenos potenciales y entre ellos, los micoplasma*s*, los cuales a su vez incrementan el riesgo de colonización de otros agentes biológicos (2).

En coincidencia con Zotta y cols, las levaduras del género *Cándida* fueron las más aisladas en nuestro caso. Sin embargo, no hallamos presencia de estas junto con Mh como reportaron Zotta y cols. (5) y Sanchén Casas y cols (2).

Aunque Mh se puede encontrar tanto en mujeres sanas como sintomáticas, varios estudios demostraron que su presencia está asociada con alteraciones de la microbiota vaginal, incluida la vaginosis bacteriana y la infección por Tv. (5, 7).

También, fue evidenciada la replicación intracelular de Mh en Tv lo que podría proveer a la bacteria, durante la infección en humanos, de la capacidad de resistir a los mecanismos de defensa del hospedero, así como a las terapias farmacológicas (7,13).

A diferencia de Sanchén Casas y cols. (2) quienes reportaron la totalidad de asociación de Tv con Mh, nuestro estudio demostró la coexistencia de Tv tanto con Uu como con Mh y también con Uu/Mh. En cambio, coincidimos con la ausencia de Ct asociada con Mh.

La cervicitis es un cuadro de inflamación del cuello uterino que suele ser causada por un agente infeccioso, generalmente de transmisión sexual. Se recomienda iniciar un tratamiento empírico que incluya Ct y Ng en el caso de mujeres con elevado riesgo de infección por dichos patógenos. En mujeres con bajo riesgo, el tratamiento deberá ajustarse a los resultados de las pruebas microbiológicas (6) ya que, como se demostró en este trabajo, no hubo asociación alguna entre micoplasmas urogenitales y Ng, y en este sentido solo se requerirá tratar al microorganismo detectado y de esa forma evitar el abuso de antimicrobianos.

Con respecto a la resistencia

Al analizar la resistencia específica por antibióticos, Mh tuvo la mayor resistencia en el grupo de las fluoroquinolonas, que coincide con el reporte de Fagundo-Sierra y cols. (14), mientras que Uu también presentó su mayor resistencia para este grupo de antimicrobianos y en este caso difiere con este autor.

La alta resistencia observada por Uu y Mh a las fluoroquinolonas, particularmente a la levofloxacina, puede ser secundaria a su amplio uso en la población, fundamentalmente en el tratamiento de las infecciones urinarias.

La doxiciclina sigue siendo el tratamiento de elección en la uretritis y cervicitis no gonocócica (14). La menor resistencia a este antibiótico para Mh, sugiere que pueda seguir recomendándose su uso en nuestra población; sin embargo, es importante destacar un porcentaje de resistencia significativo para Uu, lo cual puede pronosticar una mayor resistencia en el futuro. Además de la doxiciclina, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) recomienda el uso de azitromicina, eritromicina, ofloxacina y levofloxacina en el tratamiento de la uretritis y cervicitis no gonocócicas (14). Según nuestros resultados estos antimicrobianos serían buenas opciones terapéuticas para el tratamiento ya que demostraron baja resistencia.

Conclusión

Aún hoy, existe una gran dificultad en distinguir a la paciente colonizada con micoplasmas de la que no lo está. La abundancia y diversidad de datos sobre el papel patógeno de estas especies en determinados cuadros, hace aún más difícil la tarea. Es importante conocer la casuística local de tales microorganismos, su asociación a otras especies patógenas y su resistencia antimicrobiana, para fijar conductas que favorezcan la prevención de infecciones, sus posibles complicaciones y así poder establecer la mejor opción terapéutica para estos microorganismos en nuestra población.

Bibliografía

1- Peinado Meseguer MA, Acosta Boga B, Matas Andreu L, Codina Grau G. Diagnóstico microbiológico de las infecciones por *Mycoplasma* spp. y *Ureaplasma* spp.. Enferm Infecc. Microbiol. Clin. 2012; 30(8):500–504. Disponible en: https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia40.pdf

2- Sanchén Casas A, Rodríguez Fernández O, Torrez Frómeta L, Pérez Hechavarría L. Hallazgos de *Micoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* en mujeres con infecciones urogenitales. Archivo Médico de Camagüey. 2013; 17(3), 239-251. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211130953007

3- Marín Héctor M, Urquillo María C, Del Puerto A, Femenías M, Deluca G. Infección por *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* en población femenina de la ciudad de Resistencia, Chaco. Rev. Fac. Med. UNNE XXXVIII. 2018; 2; 14-22.

4- Nuradilova D, Kaliyeva L, Vaitkiene D, Kalimoldayeva S, Dasibekov K, Omiotek Z, Małecka-Massalska T. Ureaplasma spp and Mycoplasma hominis in women of reproductive age with pelvic inflammatory disease. Gulhane Med. J.; 2019; 61. 1-5. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/331868395_Ureaplasma_spp_and_mycoplasma_hominis_in_women_of_reproductive_age_with_pelvic_inflammatory_disease

5- Zotta C, Gómez D, Lavayén S, Galeano MG. Infecciones de transmisión sexual por *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*. Sociedad Iberoamericana de Información Científica. 2021; 20 (1): 37-40.

6- Ortiz-de la Tabla V, Gutiérrez F. Cervicitis, etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. 2019; 37(10): 661-667. Disponible en:

https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-cervicitis-etiologia-diagnostico-tratamiento-S0213005X18304038

7- Margarita V, Fiori PL, Rappelli P. Impact of Symbiosis Between Trichomonas vaginalis and Mycoplasma hominis on Vaginal Dysbiosis: A Mini Review. Front. Cell. Infect. Microbiol. 2020. Doi: 10.3389 / fcimb.2020.00179

8- Reyna FJ, Villeda GG, Ortiz IFJ, *et al*. Detección de micoplasmas genitales y su sensibilidad antimicrobiana mediante una prueba rápida en muestras clínicas de parejas mexicanas con infertilidad. Enf. Infec. Microbiol. 2009; 29 (2):54-58.

9- López-Ávila KB, Zavala-Castro J, Arias-León JJ, Puerto F, Rossanet Dzul-Rosado K. Infertilidad humana causada por *Mycoplasma* spp. Rev Biomed 2014; 25:74-90.

10- Nagel A, Manias V, Fosch S, Morano S. Prevalencia de EGB, Disbiosis Vaginal y factores asociados en la semana 35-37 de embarazo. Revista FASGO. 2020; Volumen 19 - Nº4; 28-39.

11- Juárez C, Tapia J, Santellán R, Hernández J, Giono S. Detección múltiple de *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* y *Gardnerella vaginalis* en mujeres asintomáticas. Revista Iberoamericana de Ciencias. 2016; 3. 54.

12- Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Fundación Bioquímica Argentina, Facultad de Farmacia y Bioquímica Universidad de Buenos Aires. Guía práctica integral de diagnóstico de vaginosis-vaginitis en la atención primaria de la mujer en edad fértil y menopausia; FASGO. 2012; 2-25.

13- Hernández Alvarez HM, Sariego Ramos I, Sarracent Pérez J. Infección humana por *Trichomonas vaginalis* y su relación con otros agentes patógenos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2009; 35(4), 108-117.

14- Fagundo-Sierra R, Sánchez-Saínz A, Pérez-Jáuregui J. Resistencia *in vitro* de aislamientos clínicos de *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma urealyticum* en México. Bioquímica. 2006; 31(4):124-131.

[1]Bioquímica y estudiante de la Especialidad en Bacteriología Clínica. Facultad de Bioquímica y Cs. Biológicas. UNL.
[2]Hospital Dr. J. M. Cullen. C.P. 3000. Santa Fe. Argentina.

Interrupción Voluntaria del Embarazo: Experiencia, en el HIGA Junín, luego de la Implementación de la Ley 27.610

Autores:
Barile Paula[1], Curcio Milagros[2], Sanchez Agustina[3], Savino Carla[4], Somma Isabel[5]

Resumen

Objetivo: ● Determinar la incidencia de la interrupción del embarazo posterior a la implementación de la Ley N° 27.610. ● Mostrar la preferencia de las usuarias respecto al tipo de método anticonceptivo post aborto.

Pacientes y métodos: Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos y las historias clínicas de las 178 pacientes admitidas por el consultorio de Asesoría en Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo en el periodo comprendido entre Marzo/2020 y Junio/2021.

Resultados: De las 178 pacientes admitidas para la consejería en interrupción del embarazo, 4 decidieron continuar con el mismo, por lo que durante el 2020 se realizaron 86 interrupciones legales y 88 interrupciones voluntarias en los primeros 6 meses del 2021. El 93% de las interrupciones se llevaron a cabo dentro del primer trimestre. El 93.1 % de las usuarias realizaron el procedimiento ambulatorio y solo el 6.8 % requirieron una internación. Luego de la interrupción, el 80.4% de las pacientes comenzaron con un método anticonceptivo.

Conclusión: La solicitud de una interrupción del embarazo aumento en los últimos seis meses a partir de la implementación de le Ley 27.610 por lo que es importante profundizar en dicha temática y capacitar a los servicios de obstetricia y ginecología.

Palabras claves: interrupción de embarazo – misoprostol – aborto

Introducción

Se cree que, a nivel mundial, entre el 4 al 13%[1] de las muertes maternas se deben a abortos inseguros. En la Argentina, la muerte por aborto inseguro esta entre las primeras causas de muerte materna (en el 2018 represento a un 13.6%)[2].

La Ley 27.610 reconoce que las personas con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) hasta la semana 14 cumplidas, sin explicitar motivos de su decisión. Además, reconoce que en gestaciones mayores a las 15 semanas las personas pueden solicitar la Interrupción Legal del Embarazo (ILE); utilizando el mismo sistema de causales usado previo a la implementación de dicha ley[3,4].

Muchas veces, el acceso a la IVE/ILE puede significar la única oportunidad para comenzar un método anticonceptivo.

A partir de este cambio en la legislación argentina, consideramos importante determinar la incidencia de la interrupción del embarazo posterior a la implementación de la Ley N° 27.610.

Pacientes y métodos

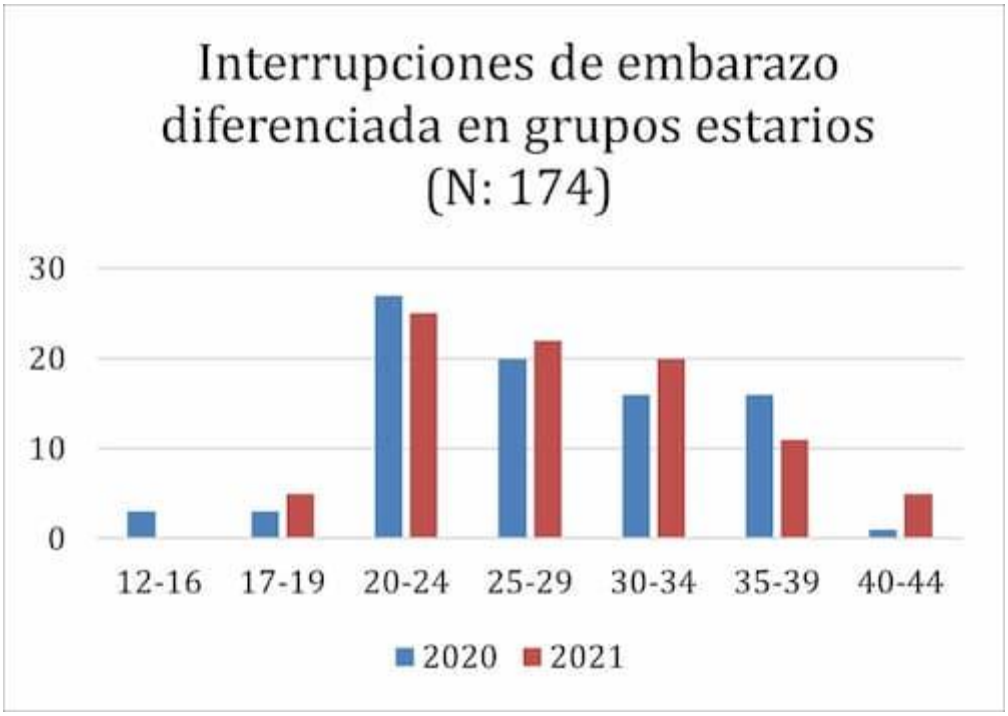
Es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos y las historias clínicas de las 178 pacientes admitidas por el consultorio de Asesoría IVE/ILE en el periodo comprendido entre Marzo/2020 y Junio/2021, en nuestro hospital.

Resultados

De las 178 pacientes admitidas para la consejería en IVE/ILE, 88 corresponden a las realizadas en el año 2020. De ellas, 2 decidieron continuar con la gestación y 86 realizaron la ILE. En el primer semestre del año 2021 se obtuvieron 90 consultas, dentro de ellas, 2 pacientes decidieron continuar con el embarazo, 14 realizaron la ILE (consultas realizadas previo a la implementación de la Ley 27610, enero 2021) y 74, la IVE. Cabe destacar que aquellas mujeres que decidieron continuar con la gestación se encontraban en una edad gestacional avanzada (21 y 22 semanas).

En relación a la edad de las personas, se observó un amplio rango etario (12 a 44 años). Sin embargo, la mayoría de las personas se encontraban entre los 20 a 24 años. Esta similitud puede observarse entre los dos años. Cabe destacar que 3 personas fueron menores de 16 años; y 6 pertenecieron al rango etario > a 40 años (Gráfico 1).

Gráfico 1. Cantidad de interrupciones realizadas diferenciadas por grupo etario.



Dentro de las edades gestacionales al momento de la interrupción, se evidenció que el 93.1% de las personas consultaron dentro del primer trimestre (44.3% en el 2020 y 48.8% en el

primer semestre del 2021). Solo 12 pacientes realizaron una interrupción durante el segundo trimestre, siendo las edades gestacionales más frecuentes de 13 a 15 semanas.

Basándose en los protocolos actuales, la mayoría de las pacientes realizaron el tratamiento ambulatorio por ser una edad gestacional menor a las 12.6 semanas. Para estas pacientes, se indicó misoprostol requiriendo un mínimo de 2 y un máximo de 36 comprimidos en 2020. En el año 2021 se observó en algunas pacientes la necesidad de mayor cantidad de comprimidos, con un máximo de 64. El uso promedio de comprimidos en la interrupción del embarazo fue de 16, similar para ambos años (94.1% en 2020 y 73.8% en el primer semestre del 2021).

Solo el 6.8% (12 pacientes) requirieron internación para realizar la interrupción por edad gestacional avanzada (9 en 2020 y 3 en primer semestre del 2021). En ellas también se indicó misoprostol requiriendo un promedio de 12 comprimidos hasta la interrupción del embarazo.

De las 174 pacientes que realizaron las interrupciones entre el 2020 y 2021, solamente el 10.9% (19 pacientes) requirieron una intervención quirúrgica como resolución de la misma o por ser un aborto incompleto (10 vs. 9, en los años respectivamente).

Ninguna paciente presentó complicaciones al momento de la interrupción o luego de la resolución de la misma.

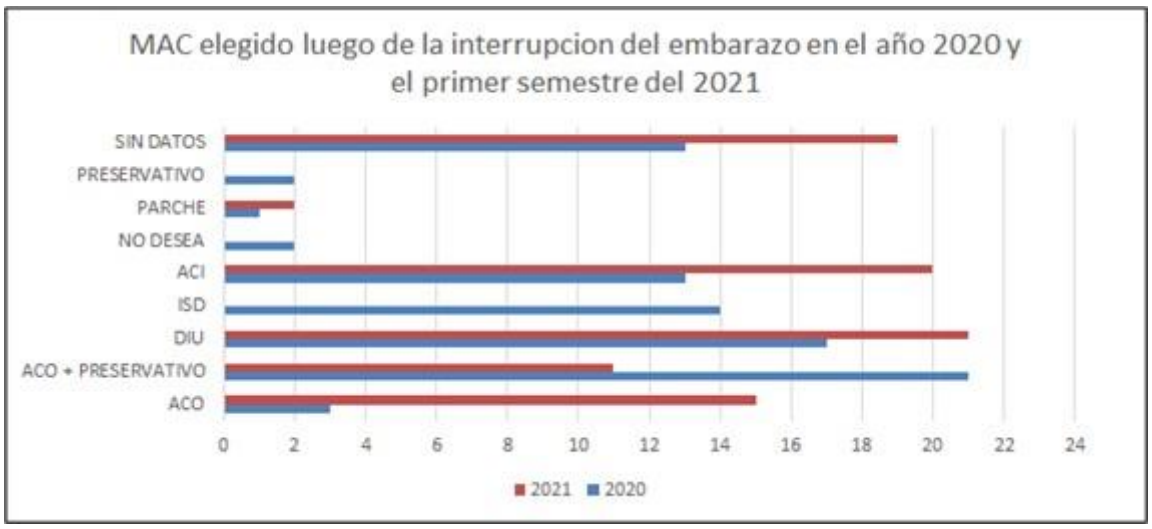
Respecto a la anticoncepción post evento obstétrico (AIPE); de las 174 pacientes, 34 (19.5%) pacientes no comenzaron un método anticonceptivo (MAC), 2 (1.1%) no deseaban y 32 (18.4%) no concurrieron al control posterior a la interrupción. Las 140 restantes (80.4%) comenzaron con un MAC, siendo los métodos de corta duración los más elegidos (50.5%).

En relación a los métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs), en el año 2020, se realizó la colocación de 17 (19.8%) DIU y 14 (16.3%) implantes subdérmicos (ISD). Y, en el primer semestre del 2021 solo pudo realizarse la colocación de 21 (23.8%) DIU ya que no se contaban con los ISD en la institución (Gráfico 2).

Conclusiones

A partir de lo antes expuesto, se puede observar que en el primer semestre del 2021 se realizaron más consultas para asesoría en IVE/ILE que en todo el año 2020. La implementación de la Ley pareciera haber otorgado mayor visibilidad a los derechos de las personas con capacidad de gestar e igualado las posibilidades de las personas a hacer uso de su derecho sin importar su nivel socioeconómico.

Gráfico 2. Método anticonceptivo elegido luego de la



La edad de las personas que realizan las consultas es similar a las encontradas en la literatura.

La edad promedio de gestación al momento de la interrupción en ambos años se encontraba dentro del primer trimestre, haciendo que la práctica médica pueda realizarse de forma ambulatoria y con menos riesgo para las pacientes.

A pesar de que la consulta de la IVE/ILE puede ser el único momento que la paciente acceda al servicio de salud y a los métodos anticonceptivos, notamos que un gran porcentaje de pacientes no concurre a los controles por lo que no se les puede ofrecer el método anticonceptivo. Creemos que este es un punto importante a trabajar para lograr la accesibilidad de todas las pacientes a un LARCs.

Uno de los obstáculos que identificamos en relación a los MAC es la falta de accesibilidad a los ISD durante el primer semestre del 2021 por falta de los mismos en la institución. Además, en el establecimiento no se realizaron salpingolisis bilateral programada por restricciones quirúrgicas bajo protocolo de COVID. Esto generó que muchas personas que solicitaban el ISD o la salpingolisis, terminaran usando métodos de corta duración (como los anticonceptivos orales).

Concluimos, luego de nuestra experiencia en esta temática, que es importante contar con bibliografía y capacitaciones en nuestro país sobre la interrupción del embarazo; ya que es una consulta cada vez más frecuente para los servicios de obstetricia.

Bibliografía

1. Faúdes, Aníbal y Shah, Iqbal H. (2015). Evidencia que apoya un mayor acceso al aborto legal y seguro. International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 S56-S59. Disponible en: http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numeros-anteriores/volumen-12-n-2-2016/113-evidencia-que-apoya-un-mayor-acceso-al-aborto-legal-y-seguro
2. DEIS (2019). Estadísticas vitales. Información básica, año 2018. Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en https://bit.ly/3jlibJ4
3. DNSSyR (2021). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf
4. MJyDH (2021). Ley 27610. Ministerio de Justicia de Derechos Humanos. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/345000-349999/346231/norma.htm

1. Tocoginecóloga, médica de guardia del servicio de Ginecología.
2. Médica Residente de Tocoginecología.
3. Tocoginecóloga, médica de guardia del servicio de Obstetricia.
4. Médica Residente de Tocoginecología.
5. Tocoginecóloga de planta del servicio de Obstetricia e instructora de Residencia de Tocoginecología.

Lugar de realización: HIGA Abraham Felix Piñeyro.

Istmocele: Una revisión de la literatura

Autores:
MD Paula Camila Godoy-Villamil[1], MD Ángela Patricia Caicedo-Goyeneche[1], Paula Andrea Mejía-Rodríguez[2], Dannia Rosas-Pabón[3], Stephanie Patricia Paba-Rojas[3]

Resumen

Objetivo: Realizar una revisión sistemática sobre istmocele abordando definición, factores de riesgo, prevalencia, clasificación, manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y prevención.

Metodologia: Artículos de revisión y ensayos clínicos en bases de datos como PubMed, UpToDate, Medline, ProQuest, Cochrane, actualizaciones de entidades como la Sociedad Internacional de Ultrasonido en Ginecología y Obstetricia, entre otras. Las restricciones aplicadas fueron estudios en humanos e idiomas (inglés, español y francés).

Resultados: Se incluyeron 55 artículos de revisión y ensayos clínicos.

Conclusiones: El istmocele es una entidad relativamente nueva que surge como consecuencia de las elevadas tasas de cesárea actuales; para su diagnóstico se requiere una alta sospecha clínica en pacientes con manchado posmenstrual, dolor pélvico e infertilidad, asociado al antecedente quirúrgico de cesárea. Existen diversas ayudas diagnósticas y modalidades terapéuticas según las características de la paciente que se deben conocer, con el fin de resolver la sintomatología y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: Istmocele, cicatrices cervicales, diagnóstico, manejo, factores de riesgo.

Abstract:

Objective: To conduct a systematic review on isthmocele addressing definition, risk factors, prevalence, classification, clinical manifestations, diagnosis, treatment and prevention.

Methodology: Review articles and clinical trials in databases such as PubMed, UpToDate, Medline, ProQuest, Cochrane, updates from entities such as the International Society of Ultrasound in Gynecology and Obstetrics, among others. The restrictions applied were human studies and languages (English, Spanish and French).

Result: Fifty-five review articles and clinical trials were included.

Conclusions: Isthmocele is a relatively new entity that arises as a consequence of the current high cesarean section rates; its diagnosis requires a high clinical suspicion in patients with post-menstrual spotting, pelvic pain and infertility, associated with a surgical history of cesarean section. There are several diagnostic aids and therapeutic modalities according to the characteristics of the patient that should be known, in order to resolve the symptoms and improve their quality of life.

***Keywords*:** isthmocele, cervical scars, diagnosis, management and Risk Factors

Introducción

La cesárea es el procedimiento quirúrgico obstétrico más realizado, aún así ha presentado un aumento significativo y global: en América del Sur se estiman prevalencias cercanas al 42%, cifra alta en comparación con lo documentado en América del Norte (32%) y Europa (25%)[1]. En Colombia, se observa esta tendencia, con tasas del 24,9% en 1998 y 52% en el 2020[2,3]. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la tasa de cesárea ideal o recomendada oscila entre el 10 al 15%[4], porcentaje superado en grandes proporciones.

El aumento en la prevalencia de cesáreas es una situación preocupante ya que con ella parecen aumentar sus complicaciones y consecuencias a mediano y largo plazo. Por su gravedad y necesidad de abordaje inmediato en muchas ocasiones se da mayor importancia a eventos como la dehiscencia de la cicatriz uterina, la placenta previa y el acretismo placentario[5], dejando a un lado complicaciones que aunque no tienen desenlaces tan fatales, representan una importante alteración en la calidad de vida de las pacientes como lo es el istmocele.

Material y métodos:

Artículos de revisión y ensayos clínicos en bases de datos como PubMed, UpToDate, Medline, ProQuest, Cochrane, actualizaciones de entidades como la Sociedad Internacional de Ultrasonido en Ginecología y Obstetricia, entre otras. Las restricciones aplicadas fueron estudios en humanos e idiomas (inglés, español y francés).

Resultados:

Definición

No se ha establecido una definición universal de istmocele, descrito por primera vez en 1995 por Morris, quien tras el estudio de 51 muestras de histerectomías determinó cambios patológicos en el área de la cicatriz poscesárea, describiendo la presencia de un pliegue endometrial congestionado en el 61% de las muestras [6]. Se ha propuesto que el istmocele hace referencia al defecto iatrogénico de la cicatriz de la cesárea, como pérdida de continuidad miometrial en la pared uterina anterior del sitio de la histerotomía [7,8].

Epidemiología

La prevalencia del istmocele no se conoce con exactitud y está íntimamente relacionada con el método diagnóstico utilizado y la sintomatología evaluada. Se ha reportado un aumento discreto de la prevalencia en mujeres que presentan síntomas (19-84%), cuya molestia principal es el sangrado posmenstrual, en comparación con las pacientes asintomáticas (24-70%)[9,10]. En un estudio con 263 mujeres evaluadas con ecografía transvaginal (TV) e Histerosonografía (HSG) a las 6 y 12 semanas poscesárea, la prevalencia hallada en el seguimiento con ecografía TV fue del 49% y del 64.5% con HSG[11].

Factores de riesgo

Existen diversos factores de riesgo relacionados con los defectos en la cicatriz de la cesárea, los cuales dependen de características propias de la paciente o directamente de la técnica del procedimiento quirúrgico [7].

Se considera que alteraciones en la cicatrización, hemostasia, inflamación, la formación de adherencias e incluso las infecciones postoperatorias, son características propias de la paciente que en su gran mayoría son influenciadas por predisposición genética [12,13]. Adicionalmente, se han descrito variables independientes como la diabetes gestacional, cesárea previa, índice de masa corporal (IMC), preeclampsia, hipertensión e incluso la posición en retroversoflexión del útero como factores que de forma significativa aumentan el riesgo para el desarrollo de istmocele.

Dentro de los factores relacionados con la cirugía, se plantean la hipótesis en donde la duración del trabajo de parto, la dilatación, la estación de la presentación y el nivel de la incisión de la histerotomía pueden ser factores predisponentes para el desarrollo de istmocele[7], sin embargo, el principal factor de riesgo para su desarrollo continúa siendo el número múltiple de cesáreas [10]. Se explicará de forma concisa cada una de estas hipótesis.

Es importante reconocer que la localización baja de la incisión para la histerotomía se relaciona a una cicatrización inadecuada de la herida debido a la presencia de glándulas cervicales, ya que con la producción de moco dificultan la cicatrización y provocan dehiscencia de las capas proximales del miometrio, además predisponen a un mayor tamaño de la lesión tras la formación de quistes de retención[14]. Otros eventos que influyen son la realización de cesárea en pacientes con más de 5 horas en trabajo de parto, una dilatación mayor a 5 cm o una estación inferior de la presentación que dificulte identificar el lugar adecuado para la incisión entre el cuerpo y el cuello uterino, favoreciendo que se realice la histerotomía a través del tejido cervical [14,15].

Las técnicas de cierre uterino son un tema controversial, hay estudios que consideran que el cierre uterino influye en el desarrollo del istmocele, al punto de pensar que el cierre en una sola capa predispone al cierre incompleto del espesor miometrial [7]. En un ensayo clínico se identificó que el 95% de las pacientes a las que se les realizó resección histeroscópica del istmocele, el cierre uterino se llevó a cabo en una sola capa sin cerrar el peritoneo [16]. Sin embargo, grandes ensayos como CAESAR y CORONIS que evaluaron más de 3000 y 15.000 pacientes respectivamente, no encontraron diferencias significativas entre ninguna de las intervenciones estudiadas durante las primeras 6 semanas [12,17,18]. Por lo anterior, la relación entre el istmocele y la técnica de cierre uterino no se ha aclarado y requiere estudios adicionales antes de recomendar una técnica quirúrgica específica.

Por último, existe una hipótesis de técnicas subóptimas como lo son: la hemostasia inadecuada, la isquemia tisular, la desvascularización y la manipulación excesiva de los tejidos que favorecen la mala cicatrización y el desarrollo de adherencias tempranas entre la herida miometrial y la pared abdominal anterior, aumentando así, el desarrollo del istmocele [12]. (Ver tabla 1)

Clasificación

Los hallazgos se pueden clasificar según tamaño, forma o complejidad. Según el tamaño se considera grande si hay una reducción del miometrio en más del 50%-80%, o según el miometrio residual se considera defecto grande cuando es <3mm, o pequeño si es ≥3mm [10,19].

Existe un término conocido como rama, el cual hace referencia a un área más delgada que se proyecta desde la lesión principal hacia la serosa, esto permite una clasificación en tres tipos de istmocele: simple, simple con una rama o complejo con más de una rama. (Ver Figura 1). Así mismo, según la sintomatología presente al momento de los hallazgos ecográficos, se puede dividir en asintomáticos o sintomáticos [20,21]. De esta manera debe generarse el informe, clasificando el istmocele según los criterios previamente mencionados.

Manifestaciones clínicas

La mayoría de las pacientes no presentan sintomatología y suele ser un hallazgo incidental en las ecografías ginecológicas [22]. Dentro de las pacientes sintomáticas se pueden llegar a encontrar complicaciones ginecológicas y obstétricas que se mencionan a continuación.

Complicaciones ginecológicas: El sangrado uterino anormal (SUA) es el principal síntoma, presente en 82% (28.9-82%) de las pacientes con istmocele [23]. Al hablar de SUA se deben diferenciar tres presentaciones: la primera de ellas es el manchado posmenstrual, caracterizado por la presencia de secreción vaginal "parduzca" dos o más días luego de haber finalizado la menstruación, dicho síntoma se encuentra en 30-35% de los casos, y está estrechamente relacionado con el tamaño de la lesión[11,24]; el segundo es el sangrado prolongado, considerado como aquel que supera 8 días de duración, y por último el sangrado intermitente, definido como el sangrado entre el inicio cíclicamente regular de la menstruación [25]. Se ha llegado a plantear que el acúmulo de sangre a nivel del defecto miometrial (istmocele) conduce a este tipo de SUA [8,11,23,24].

Dentro de otros síntomas, la dismenorrea (53%), el dolor pélvico (36%) y la dispareunia (18%) han sido descritos[24], estableciendo igualmente una relación directa con el tamaño de la lesión. Se cree que dicha sintomatología es secundaria a la infiltración inflamatoria, fibrosis y alteración anatómica del segmento uterino inferior, junto con una "mini contracción" anormal del contenido del defecto [6,14]. Teniendo en cuenta que estos síntomas referidos son el motivo de la mayoría de las quejas ginecológicas, es importante considerar el istmocele como un diagnóstico diferencial en aquellas mujeres con antecedente de cesárea [8].

La asociación entre istmocele e infertilidad secundaria ha venido reportándose con una alta prevalencia, se considera que la presencia de restos hemáticos a nivel del defecto o acúmulo de líquido periovulatorio pueden aumentar la densidad del moco cervical, alterar la calidad de los espermatozoides, obstruir el transporte de los mismos y dificultar la implantación, afectando la fertilidad [26,27,28].

Complicaciones obstétricas: el istmocele favorece el desarrollo de complicaciones como placenta previa, acretismo placentario, rotura uterina y embarazo ectópico en la cicatriz uterina [15].

Diagnóstico

Como se mencionó anteriormente, los síntomas están directamente relacionados con el volumen y el tamaño de la lesión, por lo que la medición y una descripción precisa de la misma es importante, dado que el conocimiento de esto permite, no solo un enfoque más integral en el manejo de la sintomatología, sino la planificación de un posible abordaje quirúrgico como tratamiento [23,29].

Hasta el momento no existe una guía estandarizada para su exámen, medición o descripción y no se han logrado establecer criterios definitivos para el diagnóstico del istmocele, sin

embargo, existen múltiples alternativas como la ecografía, HSG, histerografía, histeroscopia y la resonancia magnética, las cuales permiten la evaluación de la pared uterina anterior, facilitando el diagnóstico. La mayoría de autores consideran que debe basarse en la presencia de una hendidura en el sitio de la cicatriz de la cesárea con una profundidad de al menos 2 mm [8,10].

Entre los estudios imagenológicos que han demostrado aumento en el diagnóstico del istmocele y fiabilidad intra e interobservador, se encuentra la histerosonografía y la ecografía 3D, sin embargo, también conlleva a diagnósticos más graves de la misma anomalía si se compara con lo informado por una ecografía TV 2D. Un estudio con 102 mujeres permitió evidenciar que el diagnóstico de istmocele se pudo realizar en el 59,8% por ecografía TV, y en el 70,5% por histerosonografía con una buena fuerza de concordancia [30,31]. Si se toma a la histeroscopia como el Gold standard para el diagnóstico de istmocele y lo comparamos con la histerosonografía, se evidencia que esta última tiene una sensibilidad del 87%, especificidad del 100%, valor predictivo positivo (VPP) 100%, valor predictivo negativo (VPN) 95% y una precisión del 96%, factores que la hacen confiable y factible [32]. Otros métodos propuestos para el diagnóstico del istmocele son la resonancia magnética (RMN) y la histeroscopia. Respecto a la primera, se ha encontrado que las mediciones en RMN del espesor del miometrio residual (RMT) están relacionadas con las evaluaciones obtenidas a través de Ecografía TV y que el rendimiento del diagnóstico por RMN a pesar de ser mejor que el de la ecografía TV, no es estadísticamente significativo [33,19]. En lo que concierne a la histeroscopia, es un método que permite la visualización directa y la confirmación del istmocele, el cual es descrito como una discontinuidad de la pared uterina anterior, sin embargo, es posible que no evalúe el espesor de RMT [34,35,35]. Lo anterior permite dirigir el enfoque diagnóstico hacia la realización de histerosonografía y ecografía TV.

La ecografía TV actualmente es el examen de primera línea a lo que concierne a ginecología, es un método simple, de bajo costo y no invasivo. Esta es la técnica inicial más comúnmente reportada para identificar istmocele y debe considerarse como la primera opción para el cribado, pues tiene una alta correlación (100%) con la histeroscopia en el diagnóstico de este defecto, por lo cual podría ayudar a descartar otras causas [34]. Desde 1990 se han descrito hallazgos como defecto en cuña, protuberancia hacia adentro o hacia afuera de la cicatriz, retracción de la misma o hematoma [36].

La HSG es la técnica más precisa para diagnosticar istmocele, la sensibilidad y la especificidad de ecografía TV en comparación con HSG son 49% y 100%, respectivamente, las lesiones pequeñas suelen pasar desapercibidas en la ecografía TV siendo clínicamente relevantes, por lo tanto, la HSG a las 6-12 semanas posparto es el estudio imagenológico de elección [20].

Actualmente se describen con claridad unas medidas relevantes del istmocele que deben ser obtenidas a través del plano sagital y transversal por medio de una ecografía TV o HSG, dentro estas encontramos: 1) longitud, 2) profundidad, 3) RMT, 4) ancho, 5) espesor de miometrio adyacente, 6) distancia entre el nicho y el pliegue vesicovaginal (VV) y 7) la distancia entre la lesión y el orificio externo. (ver figura 2,3,4,5,6 y 7). En el plano sagital con una concordancia del 100% pueden tomarse las medidas de longitud, profundidad y RMT, mientras que en un plano transversal o axial son de mayor relevancia medidas tales como el ancho y la identificación de ramas o prolongaciones hacia la serosa. Se considera que las distancias entre el istmocele y el pliegue VV, y entre el istmocele y el orificio externo, proporcionan un valor adicional para la planificación de estrategias quirúrgicas futuras por lo que es de vital importancia su medición e informe.

Tratamiento

Existen múltiples alternativas: desde un manejo expectante/conservador o farmacológico, hasta abordajes invasivos laparoscópicos, histeroscópicos, vaginales y por laparotomía [37]. Las indicaciones para el tratamiento son claras, solo está indicado en mujeres que presenten sintomatología como SUA, incluyendo el sangrado posmenstrual o infertilidad secundaria, al igual que pacientes con antecedentes de abortos recurrentes y embarazo ectópico en la cicatriz uterina con planes de maternidad en un futuro[8]. Si el diagnóstico se realiza de manera incidental frente a una mujer asintomática y sin planes de gestación futura, se recomienda manejo expectante/farmacológico, más no intervenciones quirúrgicas [19,22].

Manejo Expectante/Farmacológico

Esta opción terapéutica se brinda a aquellas pacientes en quienes se diagnostica un istmocele pequeño (RMT ≥3 mm)[19], el cual consiste en ofrecer manejo hormonal con anticonceptivos orales (ACOs) o dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-L).

Existe controversia sobre la efectividad de los ACOs, dada las diferencias en los resultados de múltiples publicaciones. Un estudio realizado por Masahiro Tahara y cols, en donde hacen uso de 0,5 mg de norgestrel + 0,05 mg de etinilestradiol durante ≥3 ciclos de 21 días, logran concluir que el manejo conservador administrado es útil para mejorar el sangrado intermenstrual [38], datos que fueron reproducidos en el estudio realizado por Zhang, quien tras el análisis de 18 mujeres tratadas con 3 ciclos de etinilestradiol (30 µg) y desogestrel (150 mg), evidenciaron períodos menstruales más cortos [39]. En contraposición, Thurmond y Florio y cols consideran que los ACOs, tras ser comparados con los resultados de mujeres tratadas con histeroscopia, son una intervención ineficaz [40,41]. Sin embargo, a pesar de los resultados contrastantes, se considera que los anticonceptivos orales son adecuados, siempre y cuando no se desee un embarazo o la realización de una intervención quirúrgica [20].

El uso de DIU-L no ha demostrado hasta el momento mayor satisfacción al evaluar la respuesta al tratamiento tras el seguimiento de 6 meses. El estudio realizado por Zhang no evidenció que hubiese mejoría en la duración de los períodos menstruales posteriores [39], por lo que hasta el momento se sigue considerando una intervención ineficaz.

Tratamiento quirúrgico

Este tipo de intervenciones deben considerarse después de haber descartado otras causas posibles de los síntomas presentados, dentro de las opciones quirúrgicas se encuentra la resección del istmocele vía histeroscópica, laparoscópica, vaginal o abdominal por laparotomía.

1. **Resección histeroscópica o istmoplastia**

Esta alternativa se brinda a pacientes sintomáticas, quienes en los datos aportados por la Ecografía TV, la HSG o la RMN el miometrio residual sea ≥ 3 mm y en las que el defecto sea menor del 50% del espesor total de la pared miometrial[42]. La técnica consiste en que por medio de un resectoscopio y corriente unipolar o bipolar se realice 3 acciones: resecar el borde distal o ambos bordes (distal y proximal) y electrocoagular el fondo del istmocele, con el objetivo de mejorar el drenaje de la sangre menstrual evitando su acúmulo y permitir la coagulación en la superficie del defecto [43,44]. Esto inevitablemente llevará a un aumento del tamaño de la lesión.

Múltiples estudios han permitido demostrar resultados favorables en relación al control de la sintomatología. Una revisión sistemática realizada por Abacjew-Chmylko y cols. reportan resultados exitosos de la resección histeroscópica del 85%, en donde el SUA se ha resuelto por completo en el 72,4% de los casos [37]. En otra revisión, Mutairi y cols documentan una tasa global de mejoría del 92.8%[45] y múltiples estudios describen mejoría sintomática del SUA que oscila entre el 60-100%[46,47]. En lo que concierne a fertilidad se han reportado tasas de hasta el 50-96% con gestaciones posteriores a la corrección histeroscópica [10,27].

Las complicaciones descritas por la resección histeroscópica del istmocele son principalmente la perforación uterina y lesión vesical, que están íntimamente relacionadas a un RMT menor de 3 mm. También se ha asociado incompetencia cervical y ruptura uterina, como consecuencias de la resección del borde proximal [16,42]. Para disminuir la posibilidad de estas complicaciones, se recomienda considerar una resección histeroscópica si el grosor miometrial es >3 mm [19].

1. Reparación Laparoscópica

Esta intervención se reserva para defectos grandes, es decir, istmocele con miometrio residual <3 mm en presencia de síntomas y deseo de fertilidad [19]. El procedimiento quirúrgico tiene como finalidad la resección de los bordes del istmocele, extirpar el tejido cicatricial para luego dar el cierre adecuado al defecto por medio de suturas en dos capas [10]. Se ha documentado que la laparoscopia no solo permite una mejor visualización e identificación del defecto para su correcta reparación, sino que ha demostrado aumento del grosor miometrial [22]. Donnez y col, tras la reparación laparoscópica de 38 istmoceles grandes sintomáticos por medio de escisión con láser de CO2 y cierre en tres capas (2 primeras con Vicryl separadas y la última para cierre de peritoneo con Monocryl en sutura continua) documentan un 93% de efectividad, sin encontrar síntomas en las mujeres tratadas, y hasta un 44% de recuperación en la tasa de fertilidad [48]. La recurrencia del defecto posterior a este tipo de intervención varía entre 1.6-33% y la tasa de complicaciones es relativamente baja (1.7%), donde la de mayor incidencia son las adherencias uterovesicales con un 2%[42,47,49].

Con base a lo anterior y lo documentado sobre el aumento importante del grosor miometrial, la resección laparoscópica del istmocele se considera efectiva para la restauración de la pared uterina anterior [22].

2. Reparación Vaginal

Este tipo de procedimiento requiere de mayor experticia por parte de los cirujanos, y suele realizarse en aquellas pacientes en las que el defecto es bajo. Desafortunadamente, a pesar de ser una intervención mínimamente invasiva y eficaz los reportes de literatura son escasos [50, 51] . Algunos estudios logran concluir que la técnica TV tiene una eficacia comparable a la reparación laparoscópica, alcanzando cifras de mejoría clínica de 85-93%, grosor miometrial de más de 8.5 mm e incluso tasas de embarazo post tratamiento del 22%[10,52,53]. La técnica consiste en la disección del espacio VV, lo cual permite la identificación del defecto, procediendo a extirparlo y luego a un cierre de la histerotomía en dos planos o capas. Como beneficios este abordaje cuenta con tiempos quirúrgicos menores y es comparativamente igual o más efectiva que la reparación laparoscópica [52].

3. Uso combinado laparoscopia + procedimiento vaginal

Esta combinación puede llegar a ofrecer ventajas técnicas que permitan mejor visualización del istmocele, de tal manera que se minimice la posibilidad de lesión vesical, utilizando la vía

laparoscópica para diseccionar la vejiga del útero y la vía transvaginal para hacer la incisión, extirpar el tejido cicatricial y reparar el defecto [49].

4. Resección por laparotomía

Esta opción se puede brindar a pacientes sintomáticas candidatas a corrección, quienes rechazan el manejo expectante/farmacológico y cuentan con un grosor miometrial <2.2mm. Se ha podido observar en los diferentes estudios una reducción de los síntomas en el 60-100% de los casos, con mejoría en el grosor miometrial de 1.9-8 mm, no obstante, la persistencia del defecto continúa siendo hasta de un 28.5%[29,54].

5. Histerectomía

Podría considerarse como el tratamiento curativo del istmocele sintomático grande, en pacientes que no deseen gestaciones futuras [19]. Pueden presentarse complicaciones como lesiones vesicales e incluso requerimiento de hemoderivados, sobre todo si se trata de una paciente con múltiples cesáreas [49].

6. Prevención

La prevención primaria inicia por fortalecer las estrategias que permitan minimizar las tasas de cesáreas, y la prevención secundaria se lleva a cabo a través de la adopción de técnicas quirúrgicas correctas que garanticen una menor lesión miometrial y una adecuada cicatrización [20]. Un estudio realizado por Ziya Kalem en donde comparan los efectos de dos técnicas de cierre uterino (sistema de doble capa lejos-lejos-cerca-cerca y bloqueo continuo de una sola capa), tras el estudio de 138 mujeres demuestra que el sistema de doble capa puede resultar beneficiosa para reducir la formación de istmocele y asegurar suficiente miometrio residual, al punto de que podría llegar a convertirse en un futuro en la técnica adecuada para el cierre uterino [55].

Conclusión

El istmocele es una entidad relativamente nueva que surge como consecuencia de las elevadas tasas de cesárea actuales; para su diagnóstico se requiere una alta sospecha clínica en pacientes con manchado posmenstrual, dolor pélvico e infertilidad, asociado al antecedente quirúrgico de cesárea. Existen diversas ayudas diagnósticas y modalidades terapéuticas según las características de la paciente que se deben conocer, con el fin de resolver la sintomatología y mejorar su calidad de vida.

Referencias

1. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):1-12. doi:10.1371/journal.pone.0148343
2. Munñoz-Molina M, Poo-Figueroa AM, Bustos-Medina L, Baeza-Weinmann B. Agreement among three examiners and one expert in the detection of mother-infant attachment risk during the postpartum period, Temuco, IX region, Chile, 2010. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2014;65(2):129-137. doi:10.18597/rcog.61

3. *Dep Adm Nac Estadística (DANE) Nacimientos 2019*. 2019;Cuadro 4.
4. World Health Organization Human Reproduction Programme WHO statement on caesarean section rates. Reprod Health Matters. 2015;23(45):149–150. doi: 10.1016/j.rhm.2015.07.007.
5. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(5):731-738. doi:10.1016/j.jmig.2017.02.020
6. Morris H. Surgical pathology of the lower uterine segment caesarean section scar: is the scar a source of clinical symptoms? Int J Gynecol Pathol. 1995; 14(1), 16-20. doi:10.1097 / 00004347-199501000-00004
7. Bij De Vaate AJM, Van Der Voet LF, Naji O y cols. Prevalence, potential risk factors for development and symptoms related to the presence of uterine niches following Cesarean section: Systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2014;43(4):372-382. doi:10.1002/uog.13199
8. Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: An underrecognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013;20(5):562-572. doi:10.1016/j.jmig.2013.03.008
9. Naji O, Abdallah Y, Bij De Vaate AJ y cols. Standardized approach for imaging and measuring Cesarean section scars using ultrasonography. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012;39(3):252-259. doi:10.1002/uog.10077
10. Tulandi T, Cohen A. Emerging manifestations of cesarean scar defect in reproductive-aged women. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(6):893-902. doi:10.1016/j.jmig.2016.06.020
11. Van Der Voet LF, Bij De Vaate AM, Veersema S, Brölmann HAM, Huirne JAF. Long-term complications of caesarean section. the niche in the scar: A prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(2):236-244. doi:10.1111/1471-0528.12542
12. Vervoort AJMW, Uittenbogaard LB, Hehenkamp WJK, Brölmann HAM, Mol BWJ, Huirne JAF. Why do niches develop in Caesarean uterine scars? Hypotheses on the aetiology of niche development. *Hum Reprod*. 2015;30(12):2695-2702. doi:10.1093/humrep/dev240
13. Buhimschi CS, Zhao G, Sora N, Madri JA, Buhimschi IA. Myometrial wound healing post-cesarean delivery in the MRL/MPJ mouse model of uterine scarring. *Am J Pathol*. 2010;177(1):197-207. doi:10.2353/ajpath.2010.091209
14. Vikhareva Osser O, Jokubkiene L, Valentin L. Cesarean section scar defects: Agreement between transvaginal sonographic findings with and without saline contrast enhancement. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010;35(1):75-83. doi:10.1002/uog.7496
15. Futyma K, Gałczyński K, Romanek K, Filipczak A, Rechberger T. When and how should we treat cesarean scar defect - isthmocoele? *Ginekol Pol*. 2016;87(9):664-668. doi:10.5603/GP.2016.0063
16. Vervoort AJMW, Van der Voet LF, Witmer M y cols. The HysNiche trial: Hysteroscopic resection of uterine cesarean scar defect (niche) in patients with abnormal bleeding, a

randomised controlled trial. *BMC Womens Health*. 2015;15(1):1-9. doi:10.1186/s12905-015-0260-8
17. Group TCC. Caesarean section surgical techniques (CORONIS): A fractional, factorial, unmasked, randomised controlled trial. *Lancet*. 2013;382(9888):234-248. doi:10.1016/S0140-6736(13)60441-9
18. CAESAR Study Collaborative Group. Caesarean section surgical techniques: A randomised factorial trial (CAESAR). *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2010;117(11):1366-1376. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02686.x
19. Marotta ML, Donnez J, Squifflet J, Jadoul P, Darii N, Donnez O. Laparoscopic repair of post-cesarean section uterine scar defects diagnosed in nonpregnant women. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013;20(3):386-391. doi:10.1016/j.jmig.2012.12.006
20. Kulshrestha V, Agarwal N, Kachhawa G. Post-caesarean Niche (Isthmocele) in Uterine Scar: An Update. *J Obstet Gynecol India*. 2020;70(6):440-446. doi:10.1007/s13224-020-01370-0
21. Jordans IPM, De Leeuw RA., Stegwee SÍ y cols. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049
22. Sipahi S, Sasaki K, Miller CE. The minimally invasive approach to the symptomatic isthmocele - What does the literature say? A step-by-step primer on laparoscopic isthmocele - excision and repair. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017;29(4):257-265. doi:10.1097/GCO.0000000000000380
23. Bij De Vaate AJM, Brölmann HAM, Van Der Voet LF, Van Der Slikke JW, Veersema S, Huirne JAF. Ultrasound evaluation of the Cesarean scar: Relation between a niche and postmenstrual spotting. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011;37(1):93-99. doi:10.1002/uog.8864
24. Wang CB, Chiu WWC, Lee CY, Sun YL, Lin YH, Tseng CJ. Cesarean scar defect: Correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(1):85-89. doi:10.1002/uog.6405
25. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS y cols. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;143(3):393-408. doi:10.1002/ijgo.12666
26. Gubbini G, Centini G, Nascetti D y cols. Surgical hysteroscopic treatment of cesarean-induced isthmocele in restoring fertility: Prospective Study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011;18(2):234-237. doi:10.1016/j.jmig.2010.10.011
27. Florio P, Filippeschi M, Moncini I, Marra E, Franchini M, Gubbini G. Hysteroscopic treatment of the cesarean-induced isthmocele in restoring infertility. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24(3):180-186. doi:10.1097/GCO.0b013e3283521202
28. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Mahmood TA, Van Der Meulen JH, Templeton A. A population-based cohort study of the effect of Caesarean section on subsequent fertility. *Hum Reprod*. 2014;29(6):1320-1326. doi:10.1093/humrep/deu057

29. Schepker N, Garcia-Rocha GJ, von Versen-Höynck F, Hillemanns P, Schippert C. Clinical diagnosis and therapy of uterine scar defects after caesarean section in non-pregnant women. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(6):1417-1423. doi:10.1007/s00404-014-3582-0
30. Alalfy M, Osman OM, Salama S y cols. Evaluation of the cesarean scar niche in women with secondary infertility undergoing ICSI using 2D sonohysterography versus 3D sonohysterography and setting a standard criteria; alalfy simple rules for scar assessment by ultrasound to prevent health problems for the women. *Int J Womens Health*. 2020;12:965-974. doi:10.2147/IJWH.S267691
31. Rasheedy R, Sammour H, Elkholy A, Fadel E. Agreement between transvaginal ultrasound and saline contrast sonohysterography in evaluation of cesarean scar defect. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2019;48(10):827-831. doi:10.1016/j.jogoh.2019.05.013
32. El-Mazny A, Abou-Salem N, El-Khayat W, Farouk A. Diagnostic correlation between sonohysterography and hysteroscopy in the assessment of uterine cavity after cesarean section. *Middle East Fertil Soc J*. 2011;16(1):72-76. doi:10.1016/j.mefs.2010.07.015
33. Gupta T, Singal K, Gupta N, Kohli S, Kanyal M. Comparative Study of USG and MRI in Evaluation of Isthmocele. *J Obstet Gynecol India*. 2021;71(3):292-296. doi:10.1007/s13224-021-01433-w
34. Fabres C, Aviles G, De La Jara C y cols. The cesarean delivery scar pouch: clinical implications and diagnostic correlation between transvaginal sonography and hysteroscopy. *J Ultrasound Med*. 2003;22(7): 695-700. doi: 10.7863/jum.2003.22.7.695.
35. Raimondo G, Grifone G, Raimondo D, Seracchioli R, Scambia G, Masciullo V. Hysteroscopic treatment of symptomatic cesarean-induced isthmocele: A prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015;22(2):297-301. doi:10.1016/j.jmig.2014.09.011
36. Chen HY, Chen SJ, Hsieh FJ. Observation of cesarean section scar by transvaginal ultrasonography. *Ultrasound Med Biol*. 1990;16(5):443-447. doi:10.1016/0301-5629(90)90166-A
37. Abacjew-Chmylko A, Wydra DG, Olszewska H. Hysteroscopy in the treatment of uterine cesarean section scar diverticulum: A systematic review. *Adv Med Sci*. 2017;62(2):230-239. doi:10.1016/j.advms.2017.01.004
38. Tahara M, Shimizu T, Shimoura H. Preliminary report of treatment with oral contraceptive pills for intermenstrual vaginal bleeding secondary to a cesarean section scar. *Fertil Steril*. 2006;86(2):477-479. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.01.020
39. Zhang X, Yang M, Wang Q, Chen J, Ding J, Hua K. Prospective evaluation of five methods used to treat cesarean scar defects. *Int J Gynecol Obstet*. 2016;134(3):336-339. doi:10.1016/j.ijgo.2016.04.011
40. Florio P, Gubbini G, Marra E y cols. A retrospective case-control study comparing hysteroscopic resection versus hormonal modulation in treating menstrual disorders due to isthmocele. *Gynecol Endocrinol*. 2011;27(6):434-438. doi:10.3109/09513590.2010.495431

41. Thurmond AS, Harvey WJ, Smith SA. Cesarean section scar as a cause of abnormal vaginal bleeding: Diagnosis by sonohysterography. *J Ultrasound Med*. 1999;18(1):13-16. doi:10.7863/jum.1999.18.1.13
42. Palareti G, Legnani C, Cosmi B y cols.. Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. *Int J Lab Hematol*. 2016;38(1):42-49. doi:10.1111/ijlh.12426
43. Li C, Guo Y, Liu Y, Cheng J, Zhang W. Hysteroscopic and laparoscopic management of uterine defects on previous cesarean delivery scars. *J Perinat Med*. 2014;42(3):363-370. doi:10.1515/jpm-2013-0081
44. Torre A, Verspyck E, Hamamah S y cols.Isthmocèle: définition, diagnostic, facteurs de risque, prévention, symptômes, complications, et traitements. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2021; 49(11): 858-868. doi:10.1016/j.gofs.2021.06.003
45. Al Mutairi BH, Alrumaih I. Hysteroscopy in the treatment of myometrial scar defect (diverticulum) following cesarean section delivery: A systematic review and meta-analysis. *Cureus*. 2020;12(11). doi:10.7759/cureus.11317
46. Mashiach R, Burke YZ. Optimal isthmocele management: hysteroscopic, laparoscopic, or combination. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021;28(3):565-574. doi:10.1016/j.jmig.2020.10.026
47. Vitale SG, Ludwin A, Vilos GA y cols.From hysteroscopy to laparoendoscopic surgery: what is the best surgical approach for symptomatic isthmocele? A systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2020;301(1):33-52. doi:10.1007/s00404-020-05438-0
48. Donnez O, Donnez J, Orellana R, Dolmans MM. Gynecological and obstetrical outcomes after laparoscopic repair of a cesarean scar defect in a series of 38 women. *Fertil Steril*. 2017;107(1):289-296.e2. doi:10.1016/j.fertnstert.2016.09.033
49. Donnez O. Cesarean scar defects: management of an iatrogenic pathology whose prevalence has dramatically increased. *Fertil Steril*. 2020;113(4):704-716. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.01.037
50. Luo L, Niu G, Wang Q, Xie HZ, Yao SZ. Vaginal repair of cesarean section scar diverticula. *J Minim Invasive Gynecol*. 2012;19(4):454-458. doi:10.1016/j.jmig.2012.03.012
51. Chen Y, Chang Y, Yao S. Transvaginal management of cesarean scar section diverticulum: A novel surgical treatment. *Med Sci Monit*. 2014;20:1395-1399. doi:10.12659/MSM.890642
52. Zhang Y. A comparative study of transvaginal repair and laparoscopic repair in the management of patients with previous cesarean scar defect. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(4):535-541. doi:10.1016/j.jmig.2016.01.007
53. Zhou J, Yao M, Wang H, Tan W, Chen P, Wang X. Vaginal repair of cesarean section scar diverticula that resulted in improved postoperative menstruation. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016;23(6):969-978. doi:10.1016/j.jmig.2016.06.013

54. Pomorski M, Fuchs T, Rosner-Tenerowicz A, Zimmer M. Sonographic evaluation of surgical repair of uterine cesarean scar defects. *J Clin Ultrasound*. 2017;45(8):455-460. doi:10.1002/jcu.22449
55. Kalem Z, Kaya AE, Bakırarar B, Basbug A, Kalem MN. An optimal uterine closure technique for better scar healing and avoiding isthmocele in cesarean section: A randomized controlled study. *J Investig Surg*. 2021;34(2):148-156. doi:10.1080/08941939.2019.1610530

ANEXOS:

LISTADO TABLAS:

Tabla I. Factores de riesgo para el defecto de la cicatriz uterina

LISTADO IMAGENES:

Figura 1: Diagrama esquemático de un istmocele.

Figura 2: Istmocele principal y pliegue vesicovaginal.

Figura 3: Longitud del istmocele.

Figura 4: Profundidad del istmocele.

Figura 5: Espesor miometrial residual (EMR).

Figura 6: Espesor del miometrio adyacente (EMA).

Figura 7: Distancia entre la lesión y el pliegue vesicovaginal (VV).

Figura 8: Distancia entre la lesión y el orificio externo.

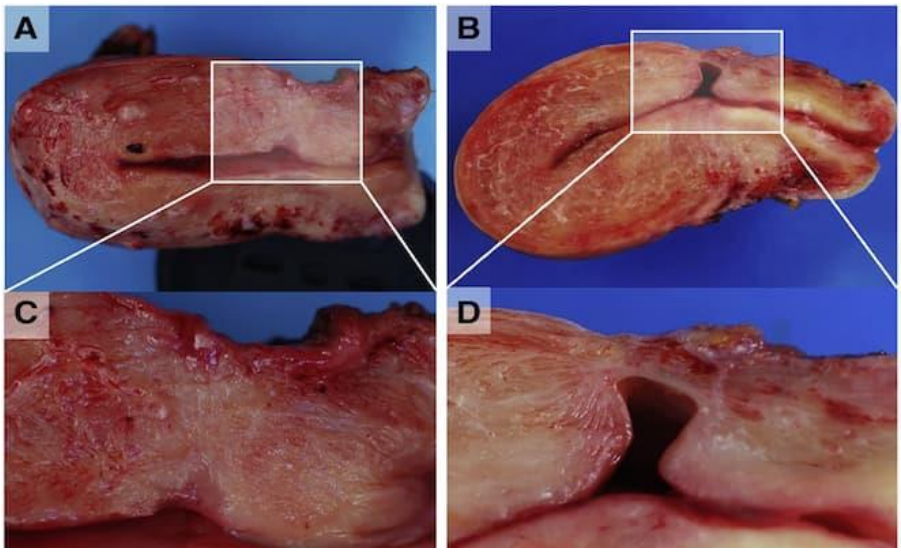
Figura 9: Posición de los calibradores para la medición ecográfica del ancho del istmocele en el plano transversal.

Tabla I. Factores de riesgo para el defecto de la cicatriz uterina

No modificables
● Edad Materna ≤ 30 años*
● Útero en retroversión*
Relacionados con el Trabajo de parto
● Duración > 5 horas*
● Cesárea con dilatación ≥ 5 cm*
● Baja estación al momento de la cesárea*
● Uso de Oxitocina*
Relacionados con la Técnica quirúrgica
● Incisión cervical*
● Exclusión del endometrio*
● Cierre en un solo plano**
● Suturas de absorción retardada**
● Cierre muy isquémico**
*Evidencia Respaldada
** Sugerido, pero evidencia insuficiente

Fuente: *Tower AM, Frishman GN. Cesarean Scar Defects: An Underrecognized Cause of Abnormal Uterine Bleeding and Other Gynecologic Complications. J Minim Invasive Gynecol. 2013;20(5):562-572. doi:10.1016/j.jmig.2013.03.008*

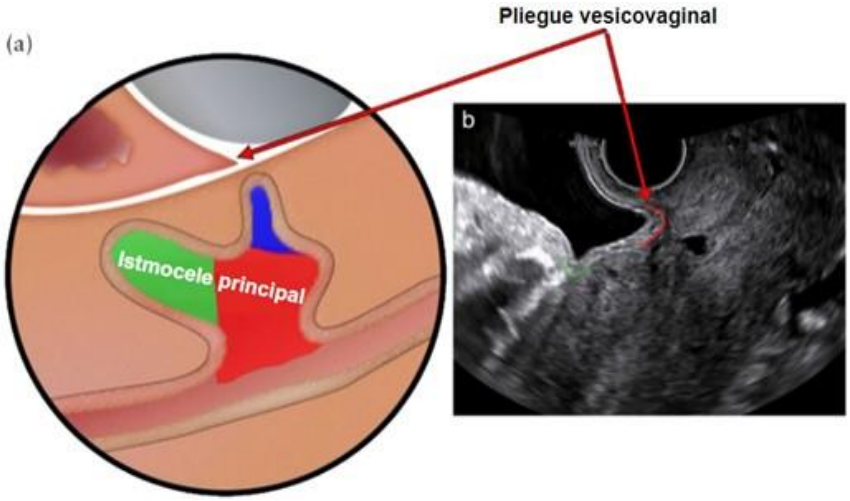
Figura 1. Diagrama esquemático de un istmocele.



(A) Vista sagital de una sección congelada de una muestra de histerectomía. Se observa una depresión poco profunda cubierta por una gruesa capa de miometrio (rectángulo) a nivel del supuesto lugar de la cesárea (CS). (B) Vista sagital de una sección congelada de una muestra de histerectomía. Se observa un defecto anterior profundo cubierto por una fina capa de miometrio (rectángulo) a nivel del supuesto lugar de la cesárea. (C) Vista ampliada de la depresión poco profunda de A. (D) Vista ampliada del defecto anterior profundo de B.

Tomado de: Donnez O. Cesarean scar defects: management of an iatrogenic pathology whose prevalence has dramatically increased. *Fertil Steril*. 2020;113(4):704-716. doi:10.1016/j.fertnstert.2020.01.037

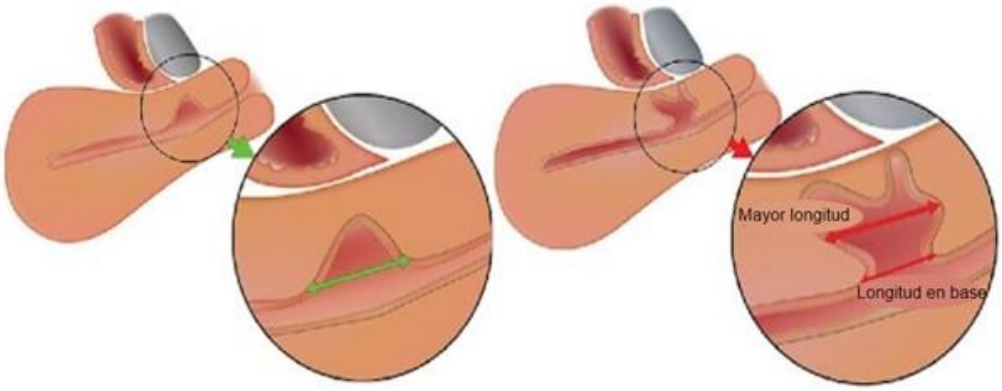
Figura 2. Istmocele principal y pliegue vesicovaginal.



(a) Las áreas rojas y verdes representan el istmocele principal y el área azul representa la rama. (b) La línea verde indica plica vesicouterina o pliegue uterovesical, mientras que la línea roja indica pliegue vesicovaginal.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

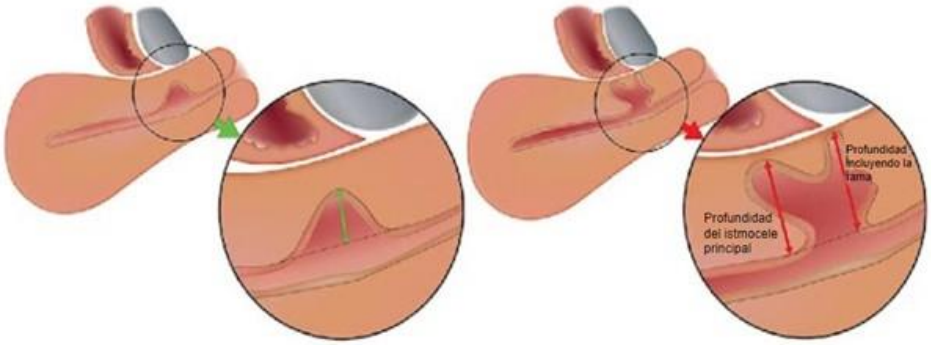
Figura 3. Longitud del istmocele.



Deben medirse tanto la longitud mayor como la longitud en la base del istmocele.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

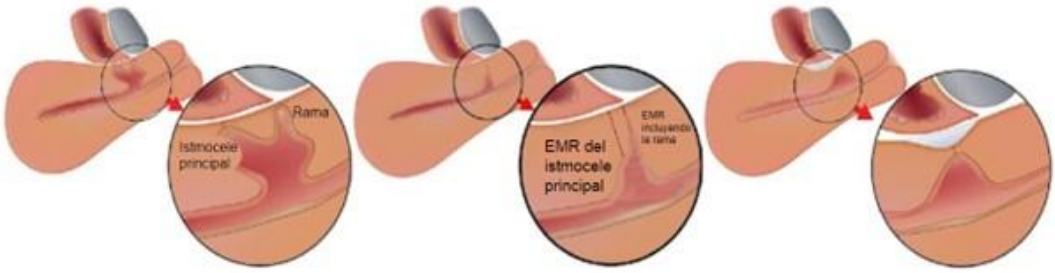
Figura 4. Profundidad del istmocele.



Debe medirse la mayor profundidad, tanto del istmocele principal como de la rama más profunda si hay ramas.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

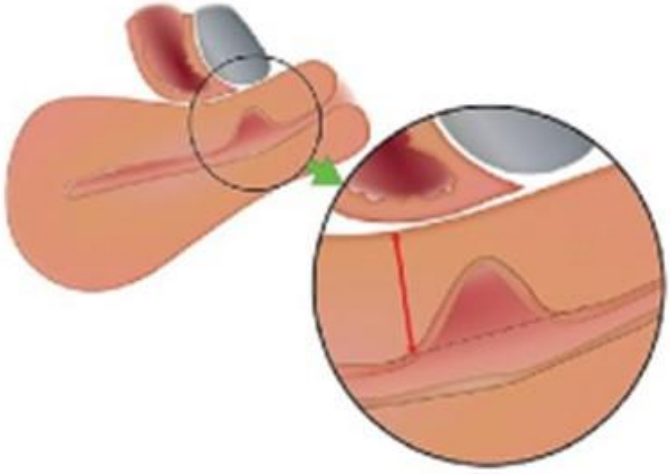
Figura 5. Espesor miometrial residual (EMR).



El punto más delgado del EMR debe medirse, independientemente de la dirección (medido perpendicularmente a la serosa, pero no necesariamente a la cavidad uterina), tanto desde el istmocele principal como, si hay ramas, desde la rama con el EMR más delgado. La fibrosis no se incluye en la medición de la EMR.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

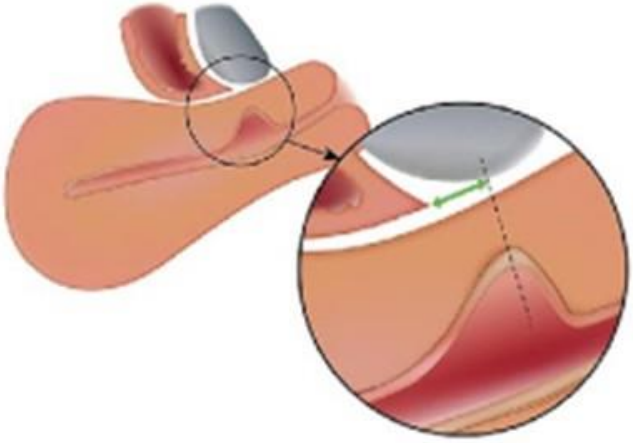
Figura 6. Espesor del miometrio adyacente (EMA).



El EMA debe medirse cerca del nicho, donde el miometrio es más grueso.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

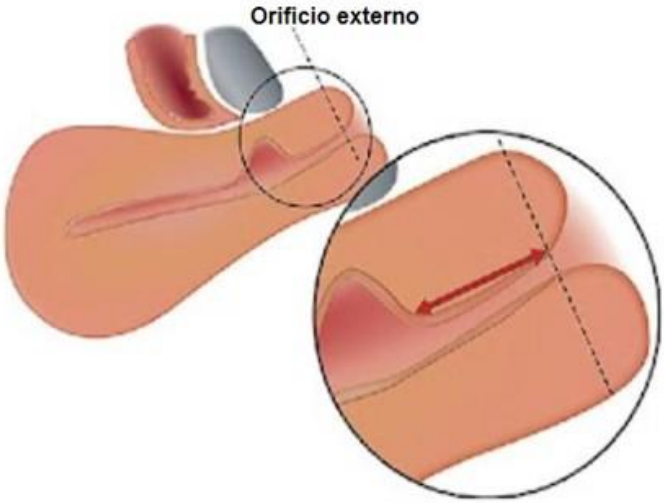
Figura 7. Distancia entre la lesión y el pliegue vesicovaginal (VV).



La distancia entre el istmocele y el pliegue vesicovaginal debe medirse desde el nivel de la parte superior del istmocele principal (donde el grosor del miometrio residual es menor (línea de puntos)) hasta el pliegue vesicovaginal.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

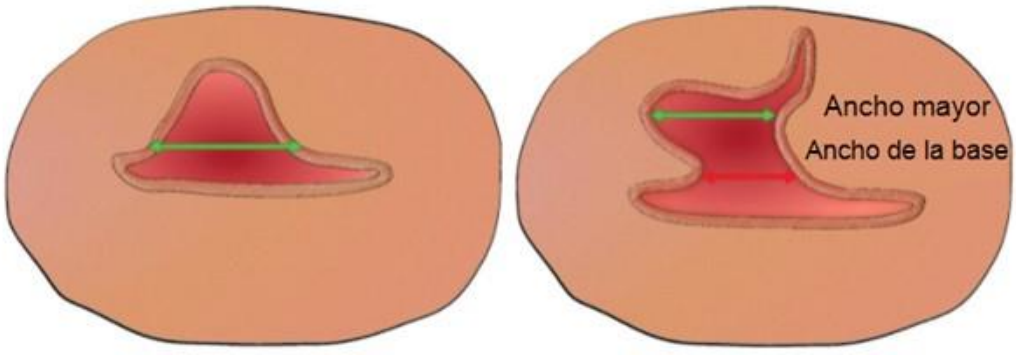
Figura 8. Distancia entre la lesión y el orificio externo.



La distancia entre el nicho y el orificio externo debe medirse en paralelo al canal cervical, desde el punto más distal del nicho hasta el orificio externo.

Tomado de: Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

Figura 9. Posición de los calibradores para la medición ecográfica del ancho del istmocele en el plano transversal.



Deben medirse tanto el ancho mayor como el ancho en la base del istmocele.

Jordans, I. P. M., De Leeuw, R. A., Stegwee, S. I., Amso, N. N., Barri-Soldevila, P. N., Van Den Bosch, T. et al. Sonographic examination of uterine niche in non- pregnant women: a modified Delphi procedure. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019;53(1):107-115. doi:10.1002/uog.19049

Derechos de autor

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos.

Título del artículo: Istmocele: Una revisión de la literatura

Nombre completo de los autores:

- Paula Camila Godoy Villamil
- Angela Patricia Caicedo Goyeneche
- Paula Andrea Mejía Rodríguez
- Dannia Rosas Pabón
- Stephanie Patricia Paba Rojas

Los autores aseguran qué se trata de un trabajo original, qué no infringe ningún derecho de autor o propiedad intelectual de un tercero, qué no está bajo consideración de otra publicación, no ha sido previamente publicado ni enviado para su publicación a otra revista y qué su contenido esencial, tablas e ilustraciones no han sido previamente publicados.

Los autores manifiestan qué no existe conflicto de intereses con otras instancias públicas o privadas.

Los autores están de acuerdo en qué su texto sea corregido de acuerdo con el criterio de los editores y en transferir todo el derecho de propiedad intelectual a la Revista FASGO en el momento en el qué el trabajo sea publicado.

- Los autores confirman que el manuscrito final ha sido leído y aprobado.

1. Residente de Ginecología & Obstetricia de la Universidad Autónoma de Bucaramanga
2. Estudiante de pregrado VI año de medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
3. Estudiante de pregrado V año de medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Conceptos básicos sobre atención integral con perspectiva de género para el consultorio ginecológico.

Autores:
Dra. María Eugenia Bazán Quiroga

Introducción

Si bien hace años que está en vigencia un marco internacional y nacional sobre el cuidado y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, así como se evidencia un aumento de la oferta en charlas, jornadas y cursos de formación en temas de género y diversidad sexual, al momento de la práctica médica todavía existe mucha dificultad para lograr una atención integral y aún se reproducen prácticas patologizantes y discriminatorias.

Venimos de una medicina biologicista, heteronormativa y binaria: salud- enfermedad, normal-anormal, varón-mujer, diversos -no diversos. Además, la formación médica tiene sus bases en sistemas de clasificación (clasificaciones que en sexualidad: muchas veces limitan, cosifican y etiquetan negativamente).

La realidad es que no hay *una* sexualidad, ni una sola forma de *ser*. Las experiencias y expresiones de género son tan variadas como personas existen, por eso decimos que existen sexualidades, y además muchas personas no se identifican con ninguna de las terminologías disponibles, o las van cambiando en distintos momentos. Todas las personas somos parte de una diversidad maravillosa.

Una sexualidad saludable es posible cuando cada persona puede vivir su sexualidad de una manera positiva, placentera, libre de discriminación, coacción y violencia. La salud sexual es un derecho y es un requisito para la salud integral. Es por ello, que una mirada despatologizante y libre de prejuicios en la atención, nos representa un desafío a los profesionales de la salud.

De la teoría a la práctica

Existen muchos obstáculos para que las personas que no cumplen con las expectativas y reglas heteronormativas tengan acceso a los servicios de salud. Esto sucede por la falta de capacitación médica, por desconocimiento, por discriminación y por la errónea baja percepción de riesgo por parte de los profesionales.

En este artículo, quiero organizar la información más importante para tener en cuenta en una consulta ginecológica integral en la que se contemple e incluya las diversas subjetividades.

1. Marco legal y su alcance en la práctica clínica

Si bien nos dedicamos a la medicina y no a las leyes, es importante saber que en nuestra actividad profesional tenemos la responsabilidad de garantizar derechos. Estas son las leyes nacionales que no podemos dejar de conocer:

La ley 26.743 de identidad de género: en nuestro país fue promulgada en el año 2012, es pionera en materia de derechos humanos a nivel mundial. Esta ley tiene como característica que:

- Reconoce la identidad como una autopercepción, es decir que es una vivencia interna e individual.
- Despatologiza porque reconoce que ninguna identidad es anormal o patológica. Así como tampoco se necesita tener un diagnóstico psicológico ni psiquiátrico.
- Desjudicializa ya que no es necesario un juicio para rectificar el nombre en el DNI y no es necesaria ninguna resolución judicial para cubrir las intervenciones quirúrgicas de readecuación corporal.
- Garantiza el acceso a todas las prestaciones de salud, incorporándolo en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

La **Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes,** sancionada en el año 2005. Garantiza los derechos con los principios de la capacidad progresiva e interés superior del niño /niña y adolescente. Con esta ley hay un cambio de paradigma, en donde los niños, niñas y adolescentes dejan de ser objetos de cuidado y pasan a ser sujetos de derecho (deben ser escuchados, y se debe respetar sus opiniones y sus condiciones personales).

Ley 26.150 Programa Nacional de Educación Sexual Integral: reconoce la educación en sexualidad como un derecho y aspecto fundamental para la salud.

Ley 25.673. Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable: sancionada en 2002, con su Decreto reglamentario 1282/2003. Garantiza el acceso gratuito a los métodos de cuidado y anticonceptivos destinado a la población en general, sin discriminación alguna e incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

Ley Nacional 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales de salud e instituciones de Salud. Nos obliga a atender a las personas sin discriminación alguna. Remarca la autonomía del paciente y el derecho a recibir información sobre su salud y los tratamientos propuestos en un lenguaje claro y comprensible a partir de los 13 años. Por otra parte, esta ley establece que quien sea profesional actuante solo podrá eximirse del deber de asistencia cuando se hubiere hecho cargo efectivamente de la atención de la persona otre profesional competente.

Ley Nacional 26.862 de Acceso Integral a técnicas médico-asistenciales de reproducción asistida. Aprobada en 2013, reconoce como derecho y garantiza el acceso gratuito a tratamientos a quienes lo necesiten más allá de su orientación sexual, identidad o estado civil.

La Ley nacional 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental: Exige que las personas usuarias del sistema de salud sean tratadas como personas titulares de derechos y autoriza la internación solo como último recurso, la cual debe ser supervisada. En ningún caso debe hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o identidad sexual.

2. Recomendaciones para una práctica integral en consultorio ginecológico.

El cuidado de salud para cualquier persona que llegue al consultorio ginecológico debe garantizarse siempre, independientemente de las diversas expresiones, identidades de género, corporalidades, prácticas y orientaciones sexuales.

Los términos de "disforia de género" o "trastorno de identidad de género" deben dejar de usarse , por ser contrarios a la Ley 26.743. Es clave despatologizar la identidad de género con sus múltiples formas y expresiones. Porque lo que genera situaciones de vulnerabilidad y riesgos para la salud, la integridad y el libre desarrollo de las personas, no es la identidad, sino la discriminación y la exclusión que sufren las personas en todos los ámbitos de la sociedad conocido como ¨estrés de las minorías[1] (ver glosario de Anexo).

Por eso es importante que quienes forman parte de los equipos de salud, brinden una atención integral. El modelo de atención primaria y consejería sexual propuesto por la Organización Mundial de la Salud, pone a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad como del cuidado de su cuerpo.

Desde esta perspectiva, cada situación en consultorio es única porque incluye la subjetividad del consultante, su contexto social, deseos, inquietudes, saberes y creencias. Y requiere de intervenciones singulares centradas en fortalecer la autonomía de la persona para la toma de decisiones sobre su salud. Además, llevar adelante acciones destinadas a la prevención de enfermedades. Las recomendaciones deben adecuarse a la edad, corporalidad, situación clínica actual, antecedentes de salud personales y familiares, medicación y a la detección de situaciones que pudieran incrementar la vulnerabilidad frente a determinadas patologías.

Para iniciar la consulta médica, es correcto siempre llamar a la persona consultante por su apellido. Una vez dentro del consultorio preguntar por su nombre de pila (más allá de lo que vemos como registro en la historia clínica). Utilizar los pronombres y artículos en masculino o femenino o neutro de acuerdo con la identidad de género de la persona, en caso de duda, siempre preguntar. No debemos dar por supuesto que quienes vienen al consultorio son personas cisexuales. Este primer instante de presentación puede comenzar a generar la confianza y la cercanía adecuada para trabajar o, por el contrario, mostrar distancia. Se recomienda utilizar palabras neutrales, por ejemplo: ¨pareja¨ (y no: novio, marido). Evitar todas las muletillas de nominación, por ejemplo: "mami", "gordi", "preciosa", ¨princesa¨, ¨campeón¨ "abuela".

Preguntar sobre el motivo de consulta con una pregunta abierta (por ejemplo: ¿en qué te puedo ayudar?), es un buen inicio para abrir el diálogo. Recabar datos sobre los antecedentes de salud personales (clínicos y quirúrgicos), sobre los antecedentes de salud familiares y aspectos psicosociales.

Una escucha atenta y empática, es la clave para evitar la exclusión y la discriminación. No anteponer las propias creencias e ideologías, no dar opiniones ni juzgar. Es necesario revisar y advertir los propios prejuicios, para evitarlos. Y si hay limitaciones para acompañar adecuadamente, lo mejor es derivar.

Establecer una aproximación de la salud sexual. Para eso correcto preguntar: ¿mantiene relaciones sexuales? (una forma más neutra y sin marcar estereotipos). Interrogar sobre la función sexual: descartar dificultades, dolor, dar pautas de prevención y de prácticas de

cuidado. También es correcto preguntar: ¿Usa algún método de cuidado para infecciones de trasmisión sexual y/o anticoncepción?

Con respecto a la anticoncepción: siempre explicar y brindar la opción que mejor se adapte a las posibilidades y preferencias de cada persona según su historia, situación y proyecto de vida. Recuerden que los varones trans menstruantes y personas no binarias que mantienen una vida sexual activa también deben ser asesorados adecuadamente con respecto a: sus deseos de fertilidad y prácticas sexuales seguras y placenteras.

En la atención ginecológica a mujeres lesbianas, bisexuales y a mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM es una denominación que ubica el foco de análisis sobre las prácticas sexuales y no en la identidad sexual), un error que se comete frecuentemente: es la percepción de bajo riesgo [2]. Durante mucho tiempo se asumió que las relaciones sexuales entre mujeres no conferían ningún riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual y de cáncer de cuello de útero [3] [4]. Este falso supuesto aumenta más aún el riesgo de contraer y no detectar una infección de trasmisión sexual (ITS).

Hay publicaciones que afirman que no encontraron diferencias significativas en el número de ITS entre las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres y las mujeres heterosexuales .[5] Por otro lado, según estudios, las MSM creen que contar sobre su sexualidad puede provocar reacciones negativas en los profesionales , por eso terminan evitando la atención general de la salud como consecuencia de la desconfianza o el temor a las reacciones homofóbicas

Lo mismo ocurre con varones transgénero y personas con diferentes identidades que tienen útero. Es importante reforzar la importancia de hacer el screening de cáncer cervicouterino (a toda persona con cuello de útero haya tenido o no penetración vaginal[6]), sumado al control de patología en vulva, vagina y ano. En los lugares que tienen la posibilidad, se recomienda realizar el test diagnóstico de HPV que disminuye el número de citologías cervicales inadecuadas o insatisfactorias [7] y posibilita intervalos de rastreo mucho más amplios que con el uso del Papanicolau, debido a su elevado valor predictivo negativo[8]. Hay que recordar que en personas que no han tenido penetración vaginal la toma de la muestra debe realizarse a ciegas, es decir con hisopo sin espéculo. En personas que tienen una neovagina realizada a partir de la piel del cuerpo de pene, no está indicada la toma de muestra para examen citológico o test de VPH, debido a que se trata de un epitelio queratinizado.

Por otro lado, en consulta ginecológica podemos recibir personas atravesando diferentes etapas de un proceso de autopercepción y de transición. Desde quienes desconocen lo que sienten con respecto a su identidad de género, otras que buscan un asesoramiento puntual para iniciar un plan de readecuación corporal, hasta personas que ya han hecho su transición (con hormonización cruzada y/ o readecuación quirúrgica) y que sólo concurren para un chequeo anual. No es requisito que los especialistas en ginecología sepan y se dediquen a iniciar tratamientos de readecuación corporal, pero sí es fundamental que respeten los derechos sexuales y reproductivos y realicen un acompañamiento con un fortalecimiento de la autonomía de las personas. Ante dudas o dificultad es mejor derivar oportunamente.

Llevar adelante acciones de prevención de cáncer de mama, ovario y endometrio, prevención de riesgo cardiovascular, osteoporosis y enfermedades metabólicas. Es recomendable en una consulta inicial generar confianza y fomentar el compromiso de avanzar con el control de salud anual. No efectuar exámenes físicos exhaustivos que podrían ser intimidante cuando no sean expresamente necesarios. Es recomendable invertir más tiempo en explicar qué estudios

son los necesarios a realizar, porqué y cómo se realizan, para tener una buena adherencia. La solicitud de estudios debe basarse en la anatomía de la persona, su situación clínica actual, sus antecedentes de salud personales y familiares, la medicación que pudiera estar utilizando, incluida la terapia hormonal, y la presencia de situaciones que pudieran incrementar su riego. La periodicidad dependerá de cada situación.

Algunos puntos a tener en cuenta:

- No hay evidencia de que la androgenoterapia aumente en el riesgo de cáncer cervicouterino. Por eso, se recomienda continuar con las pautas de screening generales en aquellas personas que se encuentran con terapia de hormonización cruzada con testosterona. Se sugiere en estos casos enviar la muestra de citología cervical, informando el uso hormonal, debido a que puede asociarse con cambios atróficos en el epitelio cervical y podría simular una displasia en el extendido.
- En las personas a quienes se les realiza una histerectomía total como parte de una cirugía de modificación genital, no se recomienda el seguimiento estricto con Papanicolau, salvo que haya antecedentes de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) , en estos casos hacer Papanicolau del manguito vaginal[9].
- En las personas con terapia de hormonización con estradiol o testosterona, la evidencia disponible resulta insuficiente para definir el riesgo de cáncer de mama asociado al uso de estas hormonas. Sin embargo se han documentado algunos casos de cáncer de mama en varones trans mastectomizados [10] [11] [12] . Esto pone en evidencia que la mastectomía bilateral con reconstrucción pectoral, al conservar parte del tejido mamario no es comparable a una mastectomía preventiva en lo que respecta a la reducción en el riesgo de cáncer de mama[13]. Por eso, luego de la realización de la cirugía se recomienda mantener pautas de screening según la cantidad de tejido remanente y especialmente si existen antecedentes familiares u otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer de mama. Las guías actuales sugieren mantener las pautas de rastreo de cáncer de mama recomendadas para mujeres cisgénero, especialmente en quienes presentan factores de riesgo: antecedentes familiares de cáncer de mama, Terapia Hormonal (TH) por más de cinco años y/o índice de masa corporal (IMC) mayor a 35.
- Con respecto al Cáncer de ovario, si bien la utilización de testosterona por tiempo prolongado incrementa los niveles de estradiol por aromatización, y produce aumento de los receptores androgénicos y de la expresión de factores de crecimiento a nivel ovárico, actualmente no existen estudios que reporten mayor incidencia de cáncer de ovario en la población recibiendo terapia hormonal cruzada.
- Con respecto al Cáncer de endometrio. Es insuficiente la evidencia disponible para determinar el riesgo de cáncer de endometrio asociado a la terapia de hormonización con testosterona. Algunos estudios han demostrado que la androgenoterapia puede producir cambios tróficos sobre el endometrio, predominantemente atrofia. En caso de existir sangrado genital luego del cese de las menstruaciones, se sugiere solicitar

ecografía ginecológica y cualquier otro estudio que pueda requerirse para descartar la presencia de hiperplasia endometrial[14].

- En aquellas personas trans, travestis y no binarias que no se encuentran bajo hormonización, se sugiere aplicar las pautas generales de tamizaje preventivo para osteoporosis. La evidencia disponible muestra discrepancias en relación con el incremento del riesgo de osteoporosis en asociación con la estrógenoterapia [15]; en cambio, no se ha reportado aumento del riesgo en las personas que utilizan testosterona[16] [17] . Se recomienda valorar la densidad mineral ósea (DMO) en quienes presentan factores de riesgo para osteoporosis (antecedentes familiares, uso crónico de corticosteroides, tabaquismo, alcoholismo, tirotoxicosis, hiperparatiroidismo, entre otros) y en personas gonadectomizadas que no hayan utilizado terapia hormonal por más de cinco años después de la cirugía.[18]

Con respecto a la salud mental, por un lado detectar factores de riesgo: situaciones de violencia, maltrato, bullying. Identificar las conductas de ideación suicida o intento de suicidio, autolesión y abuso de sustancias, que son más frecuentes en este grupo de personas que en la población general. Por el otro, detectar factores protectores: como el apoyo social de familia y amigos, ámbito laboral, optimismo, y la estabilidad emocional.

Con respecto a las personas con discapacidad: La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, así como el Código Civil y Comercial reconocen sus derechos. Esto implica su pleno reconocimiento como personas sexuadas con diversidad funcional y con diversos modos de vivir sus identidades de género y su sexualidad, con una posición activa y con capacidad de decidir por sí mismas. Deben poder acceder a los servicios de salud, de modo que puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas.

Finalmente, garantizar la confidencialidad de la consulta. Brindar información de manera graduada y corroborar la comprensión de la persona, aclarar todas las dudas, miedos y temores planteados. Acompañar de manera no invasiva en la evaluación y toma de decisiones.

El rol de quienes integramos los equipos de salud es dar información adecuada y con un lenguaje comprensible para guiar en la adquisición de hábitos de vida saludables y prácticas sexuales protegidas , seguras y placenteras.

Reflexión final

Es necesario que la tocoginecología pueda responder a la demanda social actual con un enfoque que transversalice la perspectiva de la diversidad sexual y corporal. Tenemos que trabajar para lograr que el accionar médico trascienda la biología y apunte a mejorar la calidad de vida, incluyendo el placer y la libertad sexual como un aspecto importante de vida de las personas, educando y permitiendo el cumplimiento de los derechos.

Anexo Glosario

Agénero: Personas que no se identifican con ninguno de los géneros (ni masculino ni femenino)

Bigénero: Personas que se identifican con ambos géneros (masculino y femenino) y pueden adaptar su percepción a distintas circunstancias.

Bisexual: Es un tipo de orientación sexual de personas hacia personas de igual sexo o género o diferente al propio, aunque no se dé de la misma manera o intensidad. No es inmadurez, no es indecisión. No es una etapa.

Cisgenero o Cis: Persona que vive en el género asignado al nacer y está conforme con ello. Hace referencia que su identidad de género autopercibida coincide con el sexo asignado al nacer.

Cisnormatividad: Expectativas que estructuran las prácticas e instituciones sociales sobre el supuesto de que todas las personas son cis, es decir que aquellas que fueron asignadas al sexo masculino al nacer, son hombres, y que aquellas asignadas al género femenino, son mujeres (Bauer et al., 2009).

Colectivo LGBTQI+: Es la sigla compuesta por las iniciales de las palabras Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Queer, Intersexuales. El signo más +, significa que hay más formas de sentir y expresar. Incluye por ejemplo las personas no binarias, con genero fluido, bigénero, agénero, entre otras. Agrupa a las personas con orientaciones sexuales e identidades no cisheteronormativas, así como las comunidades formadas por ellos. Se fueron agregando letras con el fin de incluir comunidades discriminadas por su condición sexual minoritaria.

Diversidad sexual: ¨La diversidad sexual hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir la sexualidad, así como asumir expresiones, preferencias u orientaciones, identidades sexuales y de género- distintas en cada cultura y persona. Es el reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse sin más limites que el respeto a los derechos de las otras personas¨. Guía de acción pública contra la homofobia, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Ciudad de México, 2012.

Estrés de las minorías: Es una teoría que propone que las disparidades de salud para las minorías sexuales se explican en gran parte por factores de estrés inducido por una cultura hostil, homo/trans fóbica, que a menudo da lugar a toda una vida de acoso, maltrato, discriminación y victimización (Mariscal et al,2008; Meyer,2003). En última instancia pueden afectar el acceso a la atención médica.

Género: Concepto cultural, político, psicológico y antropológico que alude a la clasificación subjetiva social de las personas.

Género Fluido: personas que experimentan diferentes vivencias en relación con el género femenino, masculino y no binario. Su género fluye dependiendo del contexto en el que se encuentran. Este fluir puede darse en el mismo día o de manera simultánea.

Heteronormativo: ideología basada en la heterosexualidad. Como orientación sexual mayoritaria puede dictaminar ética, estética y moral; salud enfermedad, normalidad y anormalidad.

Identidad de género: vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder con el sexo asignado al momento del nacimiento (cisgénero) o si no hay coincidencia (transgénero). No es una elección.

Intersex/Intersexualidad: es una forma de diversidad corporal. Son personas que nacen con variaciones de las características sexuales. Son personas que pueden tener todo tipo de orientación sexual, identidad y de expresión de género.

Orientación sexual: es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo (heterosexual), o de su mismo género (homosexual), por ambos (bisexual) , por ningún género (asexual) y por más de un género (pansexual).

Pansexual: es un tipo de orientación sexual en la que la atracción se da hacia cualquier persona independientemente las categorías sexo-género.

Perspectiva de género: permite analizar los prejuicios y estereotipos en cada contexto social, para evitar las desigualdades y favorecer la equidad.

Queer: palabra proveniente del inglés, que representa lo que sale de los límites aceptados socialmente. Es un modo de resistencia política y cultural.

Trans: es un prefijo que hace referencia a múltiples subjetividades y cambia según el país, la cultura y el momento histórico. Son personas en las que su identidad autopercibida no coincide con el sexo asignado al nacer , no se adecuan a las normas binarias de genero (varón /mujer).

Transexual: una palabra usada por muchas personas trans para referirse a quienes han realizado la transición y readecuación corporal a su identidad autopercibida. Muchas personas que se trasvisten se consideran así mismas **transgénero** , como un gran paraguas que engloba otros términos y etiquetas.

Travesti: Persona que se trasviste, utiliza ropa accesorios del género opuesto. Puede ser en público o privado. En una actividad como hobby o en una actividad artística , eso se llama *Cross -Dressing.*

Sexualidad: Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias actitudes, valores, conductas, prácticas papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas las dimensiones , no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad esta influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2006)

Bibliografía revisada

Arístegui, I. Zalazar, V. Analisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana m gay, trans y bisexual en cinco regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Buenos Aires, 2017. Fundación Huésped. doi: 10.13140/RG.2.1.2278.7281 Disponible en: http://www.huesped.org.ar/wp-content

Homoseo, J. Are LGBT populations at higher risk for suicidal behaviours in Australia? Research findings and implications .2015;62 (7):883-901. Doi :10.1080/00918369.2014.1003009.

Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., y Boyce, M. “I don’t think this is theoretical; This is our lives”.How erasure impacts health care for transgender people. Journal of the Association of Nurses in Aids Care, 20(5), 348–361 Berkins, L. (2003).

Consejerías en salud sexual y salud reproductiva Propuesta de diseño, organización e implementación Documento de trabajo. Ministerio de Salud Argentina.2014.

Dirección General de la Mujer. Subsecretaria de Promoción Social. Diversidad Sexual. Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat. GCBA. disponible en https://www.buenosaires.gob.ar

De Lauretis, T. Género y teoría Queer. (2015).En Mora/21, pp.108-109.

Delgado Ruiz, R., Swanson, P. & Romanos, G. (2019). Systematic Review of the Long-Term Effects of Transgender Hormone Therapy on Bone Markers and Bone Mineral Density and Their Potential Effects in Implant Therapy. J Clin Med, 8(6). DOI: 10.3390/jcm8060784

Durnell K. Gynecologic Health care for sexual and gender minorities. En: Durnell K, Lukis F. Women's Gynecologic Health. Burlington: Jones & Barlett Learnings; 201

Feldman, J. & Goldberg, J. (2006). Transgender primary medical care: Suggested guidelines for clinicians in British Columbia. Vancouver, BC: Vancouver Coastal Health Authority.

Gelati, L., Calabrese, M.F. y Farah, C. (2019). Pacientes cis vs. transgénero en el screening de cáncer de cuello uterino. Revista FASGO, 18(3). Disponible en: http://fasgo.org.ar/index. php/enlaces/ministerio-de-salud/103-revista-fasgo/n-3-2019/1808-pacientes-cis-vs-transgenero-en-el-screening-de-cancer-de-cuello-uterino

Gooren, L.J., Bowers, M., Lips, P. & Konings, I.R. (2015). Five new cases of breast cancer in transsexual persons. Andrologia, 47(10),1202-1205. DOI: 10.1111/and.12399

Instituto Nacional de Estadística y Censos. Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (2012). Primera Encuesta sobre Población Trans: Travestis, Transexuales, Transgénero y Hombres Trans. Buenos Aires: Autor. Disponible.

Instituto Nacional del Cáncer (2016). Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000906cnt2016-11-08-manual-para-la-implementacion-test-vph-en-contexto-programatico.pdf

Katayama, Y., Motoki, T., Watanabe, S., Miho, S., Kimata, Y., Matsuoka, J.,… Nanba, Y. (2016). A very rare case of breast cancer in a female-to-male transsexual. Breast Cancer, 23(6), 939-944

Heilen, A. (2021). Manual de Atención de la Salud Transgénero. Buenos Aires: Akaida.

Liu, Z., Rashid, T. & Nyitray, A.G.(2016). Penises not required: a systematic review of the potential for human papillomavirus horizontal transmission that is non-sexual or does not include penile penetration. Sexual Health, 13(1), 10-21. DOI: 10.1071/SH15089

McNair R. Lesbian health inequalities: a cultural minority issue for health professionals. Med J Aust. 2003;178(12) 643-645.

Marrazo JM. Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians. Emerging Infectious Diseases. 2004;10(11):1975-1978.

Ministerio de Salud de la Nación (2020) “Atención de la Salud Integral de personas trans. Guía para equipos de salud.” Disponible en http://www.msal.gob.ar

Meyer, I. H. 2003. ¨Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Population: Conceptual Issues and Reserch Evidence¨. Psycological Bulletin 129:674-697.doi:10.1037/0033-2909.129.5.674.

Moody C, Grant N. Suicide Protective Factors among Trans Adults. Arch Sex Behav.2013 Jul; 42

(5):739-752. Publish 2013. Doi 10.1007/s10508-013-0099-8.

Nagelberg, A. Donati Castro A. Screening mamario en pacientes transgénero bajo tratamiento hormonal cruzado (thc). *Rev. argent. mastología ; 38(137): 116-132, abr. 2019.* Buenos Aires. AR

Nikolic, D.V., Djordjevic, M.L., Granic, M., Nikolic, A.T., Stanimirovic, V.V., Zdravkovic, D. & Jelic, S. (2012). Importance of revealing a rare case of breast cancer in a female to male transsexual after bilateral mastectomy. World J Surg Oncol, 10. DOI:10.1186/1477-7819- 10-280

Perrotta, G. (2014). Concepciones de sujeto/paciente en SSyR. Acceso de mujeres lesbianas y bisexuales, en Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación y Noveno Encuentro de Investigadores del MERCOSUR. Págs. 49-52. Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Bs As, Argentina

Silberman, Pedro, Buedo, Paola E, & Burgos, Lucrecia M. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, *18*(1), 1-12. https://doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047

Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T.B., Prokop, L.J. & Murad, M.H. (2017). Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Endocrinol Metab, 102(11), 3904-3913. DOI: 10.1210/jc.2017-01642

Subsecretaria de Políticas de Diversidad Sexual del Gobierno de Santa Fe (2019). Infancias y adolescencias transgénero variable. Orientaciones para su acompañamiento. UNICEF.ONUSIDA

Wiepjes, C.M., Vlot, M.C., Klaver, M., Nota, N.M., de Blok, C.J.M., de Jongh, R.T.,… den Heijer, M. (2017). Bone Mineral Density Increases in Trans Persons After 1 Year of Hormonal Treatment: A Multicenter Prospective Observational Study. Journal of bone and mineral research, 32(6), 1252-1260. DOI: 10.1002/jbmr.3102

[1] Meyer (2003)

[2] Perrotta (2014)

[3] McNair (2003)

[4] Marrazo (1978)

[5] Durnell K.

[6] Lui y otros (2016).

[7] Gelati y otro (2019)

[8] Instituto Nacional del Cáncer (2016).

[9] Guía Salud integral de las personas trans, travestis y no binarias: abordaje desde el equipo de salud (2020).

[10] Nikolic y otros. (2012).

[11] Gooren y otros. (2015)

[12] Katayama y otros. (2016).

[13] Castro y Nagelberg. (2019)

[14] Feldman y otros. (2006).

[15] Delgado Ruiz y otros. (2019).

[16] Wiepjes y otros. (2017).

[17] Singh-Ospina y otros. (2017).

[18] Guía Atención Integral Ministerio Salud (2020).

- Médica. Esp en Tocoginecología. Sexóloga Clínica.
  MP:33123 ME:16833 MN 326.036
  Redes: @dra.bazanquiroga

Creatividad, inteligencia y conocimiento

Mariano Grilli
Doctor en Ciencias Médicas
Profesor Libre. Cátedra de Ginecología “B” y Cátedra Libre Medicina y Mujer.
Universidad Nacional de La Plata
Director Científico del Instituto de Ginecología de Mar del Plata. info@igmdp.com.ar
Director Portal Académico ObGin. info@obgin.net

Para crear agítese antes de usar: agítense las ideas, agítense los métodos, agítense los lenguajes.
Jorge Wagensberg

Cuando decimos: “creativo”, se nos vienen a la mente los poetas, pintores, artistas plásticos…. Pero no lo visualizamos en la ciencia. Esto se debe a un prejuicio general, de que hacer ciencia, está relacionada con una actividad mecánica y rutinaria. Y qué además, es llevada a cabo por gente aburrida, algo distraída y quizá desenfocada de la realidad, un típico “nerd”.

Entonces, damos por sabido que los artistas crean a partir de su imaginación y su destreza, o para hacerlo gozan de una libertad prácticamente absoluta, limitada sólo por las posibilidades de su medio de expresión —instrumentos musicales; pinceles y pigmentos; el lenguaje mismo. Pero, a pesar del imaginario popular, los científicos también son creativos, de otra manera.

Si se habla de creatividad, se está haciendo referencia a una habilidad, una actitud y a un proceso, que no está reservado a ciertos individuos, sino es una condición que puede tener cualquiera.

Es una habilidad porque tiene la capacidad de generar nuevas ideas, combinando, cambiando o volviendo a aplicar ideas existentes de una nueva manera. La creatividad es la capacidad de imaginar o inventar algo nuevo.

Ser creativo también una actitud: la capacidad de aceptar el cambio y la novedad, la voluntad de jugar con ideas y posibilidades, la flexibilidad de perspectiva, el hábito de disfrutar de lo bueno, mientras se buscan formas de mejorarlo.

Y finalmente, también es un proceso. Contrariamente a la mitología que rodea a la creatividad, muy pocas obras de excelencia creativa se producen con un solo golpe de brillantez o en un frenesí de actividad rápida. Dentro de su mente perfeccionista, la persona creativa sabe que siempre hay un margen de mejora.

La creatividad puede ser utilizada de manera trasversal en todos los ámbitos de la vida. Sin embargo, es mucho más trascendente cuando además se utiliza para fomentar el desarrollo y crecimiento personal de cualquier individuo como parte de su educación y formación, pues implica un proceso de ampliación de conciencia.

Las personas creativas en cualquier campo encuentran nuevas maneras de ver al mundo. De manera constante y hasta involuntariamente se preguntan “¿Qué tal si…?” Pero no se detienen allí. Después que una persona creativa se pregunta “?Qué tal si…?” Luego avanzan a pensar lógicamente en las consecuencias. Por cierto, está demostrado que el pensamiento lógico siempre es parte del proceso creativo, sea cual fuere su área de interés, arte, ciencia o negocios.

Vemos pues, que, si bien todas las personas podrían ser creativas, esta habilidad parece estar al alcance de unos pocos, por qué parece ser elitista? Entendida la creatividad como producto de la mente humana, es razonable pensar que todos los seres humanos al nacer están dotados con un potencial creativo. La conjunción de las capacidades innatas de cada cual y de las circunstancias ambientales específicas que promuevan o dificulten su desarrollo determinará cuanto dará de sí dicho potencial creativo en cada individuo.

Creatividad y conocimiento

Las nuevas ideas y resoluciones de problemas solo pueden producirse en base a conocimientos, experimentaciones y trabajos en el campo. Los procesos creativos en ciencias siempre dependen de los conocimientos teóricos adquiridos y procedimientos disponibles, lo que lleva a generar ideas y combinaciones conceptuales nuevas. Dichos procesos cognitivos no suceden solo en la cabeza de los científicos, sino que se construyen y reconstruyen en interacciones con otros y con las herramientas culturales y tecnológicas disponibles. Estos procesos cognitivos no permanecen limitados a zonas particulares de conocimientos. Tienden a trascender sus propias barreras, invaden campos paralelos y así configuran procesos indisciplinados de producción de nuevos saberes.

El descubrimiento de nuevo conocimiento científico, la invención de nueva tecnología, la composición de música, literatura o arte hermosos o el análisis de situaciones o problemas conocidos desde nuevas perspectivas serían ejemplos particularmente relevantes de creatividad.

Resulta interesante el modelo cognitivo propuesto por Weisberg, quién postula que los logros creativos dependen de procesos cognitivos ordinarios que producen resultados extraordinarios. Además, sostiene que la creatividad no supone procesos cognitivos excepcionales sino combinaciones novedosas entre pensamientos lógicos y analógicos, en el marco de amplios conocimientos disponibles. La amplitud y diversidad de los conocimientos y experiencias en el campo de investigación son decisivas para la generación de nuevas ideas.

La disponibilidad de conocimientos y los distintos caminos para acceder a ellos, modificarlos, construirlos y reconstruirlos, conforma una acción decisiva en los procesos creativos en la ciencia. Si bien es necesario en todos los campos, el conocimiento es un aspecto clave en el desarrollo de pensamientos y productos creativos, en el campo científico. O sea, sin conocimientos no hay creatividad, ni en ciencias ni en ningún otro campo. Todas las producciones en ciencias refieren a campos de conocimiento particulares, quizá presentando distintos niveles de profundidad, generalidad y abstracción y diferentes criterios de demarcaciones.

Torrance describe a la creatividad, como “un proceso para volverse sensible a los problemas, deficiencias, lagunas en el conocimiento, elementos faltantes, desarmonías, etc., identificar la dificultad, buscar soluciones, hacer suposiciones, o formular hipótesis sobre las deficiencias: probar estas hipótesis, posiblemente modificarlas y volviendo a probarlas, y finalmente comunicando los resultados”.

La creatividad es tan necesaria en el trabajo científico, que sin ella el trabajo se torna rutinario y los científicos mediocres.

Cuando el método científico es aplicado exitosamente en la solución de un problema relacionado con la salud, la creatividad hace su juego: el resultado es la generación de nuevos conocimientos médicos, aunque para alcanzar ese éxito, el investigador debe además de poseer recursos, experiencia y motivación, además de su personalidad creativa. Esto nos lleva a una de las tantas definiciones de creatividad en la ciencia: "es un proceso complejo y prolongado de interacción entre el individuo y su ambiente, cuyo resultado es la producción de algo nuevo: una idea, un descubrimiento, etc."

Todo está relacionado con el conocimiento. Sea adquirido por la experiencia, investigación o lectura. Debido a esto, la capacidad y la rapidez con la que se encuentra la solución a un problema, depende de la experiencia, pero destaquemos algo primordial, lo realmente original del pensamiento creativo es el proceso previo a encontrar la solución, es decir, la capacidad de utilizar la información almacenada en la memoria de forma nueva y distinta, esto es, flexibilidad de pensamiento, así como la capacidad del individuo para ir más allá y profundizar sobre sus propias experiencias.

Fases del proceso creativo

Es destacable y significativo, que muchos grandes pensadores y científicos han reflexionado acerca de la creatividad y de los procesos mentales que conducen al acto creativo. El fisiólogo y físico Hermann von Helmholtz, a finales del siglo XIX señaló que el nacimiento de una idea novedosa (de un pensamiento/acto creativo), pasa por tres etapas, que él denominó saturación, incubación e iluminación. En 1908, Henri Poincaré, añadió una obvia pero importante cuarta etapa: la verificación. El psicólogo Graham Wallas describió formalmente este proceso de cuatro etapas en El Arte del Pensamiento (1926), una referencia clave en el campo de las ciencias cognitivas.

Todo proceso creativo transcurre en cuatro etapas bien diferenciadas, que son:

Preparación o investigación. Aquí se recauda la información de base respecto al asunto de interés y se adquiere el estado mental propicio para las ideas originales. Consiste en percibir y analizar la situación, así como de todas las circunstancias y dimensiones que influyen en ella. Esto puede darse de manera veloz o paulatina, y equivale al sembrado de las semillas de la creatividad.

Incubación. Ya se tiene la información necesaria y se ha adquirido el estado mental necesario, el espíritu creativo continúa su marcha de una forma menos evidente, vinculada con lo inconsciente y lo imperceptible, en la que aparentemente no se realiza ningún esfuerzo. Es una etapa de gran tensión emocional ante la duda de si se conseguirá o no el objetivo propuesto. Esta tensión se acrecienta en la medida en la que aumenta el tiempo dedicado a esta fase. Es por ello que muchos proyectos son abandonados, y el ejemplo podría ser cuando se está armando un protocolo de tesis. Esta es la incubación, el proceso de germinación de las ideas.

Iluminación. El nombre sugiere lo que eventualmente termina ocurriendo: se produce un destello, una visión, una manifestación en la imaginación de la idea original fruto de las etapas anteriores, y que se asocia con el nacimiento mismo de la idea. Eureka!! La solución surge de improviso, es cuando todo cobra sentido, está relacionado y claro. Se trata de una fase de júbilo y entusiasmo, en la que el esfuerzo invertido obtiene su recompensa. Sin embargo, éste no es el final, todavía quedaría una última fase en este proceso.

Verificación. Acá, se retorna a la labor consciente, ahora bajo los paradigmas de una nueva idea que se tiene, y que requerirá de esfuerzos conscientes para materializarse. En esta fase se analiza, verifica y valida la solución adoptada, se determina, o su abandono o su adaptación para ser perfeccionada o su puesta en práctica. Es un momento emocionalmente muy difícil ya está repleto de incertidumbres, de inseguridad ante las decisiones últimas.

Creatividad e inteligencia

Según Standler, "una persona creativa se caracteriza por hacer cosas que no se habían hecho antes". Para Karl Popper, el pensamiento creativo requiere de algo más que la simple aplicación de la lógica, y defiende que la imaginación desempeña un papel vital en el desarrollo de nuevas teorías.

Cómo influye la inteligencia? Se puede determinar tres clases de inteligencia, las cuales se complementan en su proceder: inteligencia sintética, analítica y práctica. La inteligencia sintética es la capacidad de combinar información previa a una forma nueva, es decir, de crear a partir de lo preexistente. La inteligencia analítica, nos da la capacidad de distinguir entre nuevas ideas con potencial y nuevas ideas en las que no merece la pena trabajar. Por último, la inteligencia práctica es la habilidad para "vender" las ideas propias a las agencias financiadoras, editores, empresas farmacéuticas, etc. Esta última inteligencia, es mercantilista. Es una pata necesaria, ya que, sin esta, no se conseguiría los fondos para desarrollar las ideas y/o puede que sus contribuciones no lleguen nunca a ser reconocidas o sólo lo hagan de manera póstuma, (van Gogh sería el ejemplo paradigmático de un poderosísimo genio creativo con una carencia absoluta de inteligencia práctica).

Normalmente se relaciona la creatividad con diferentes variables como pueden ser inteligencia, personalidad y género, entre otras. La relación entre la creatividad y la inteligencia se ha encarado de diferentes modos, poniendo mucho énfasis en los estudios desde las cinco perspectivas de Sternberg y O`Hara: la creatividad como parte de la inteligencia, la inteligencia como parte de la creatividad, la creatividad y la inteligencia como constructos superpuestos, la inteligencia y la creatividad como lo mismo, y, por último, la creatividad y la inteligencia no se asocian. Luego de los estudios realizados por Krumm, se comprueba que las asociaciones entre los constructos fueron bajas, aclarando que si bien el Coeficiente Intelectual es necesario para el desarrollo creativo es evidente que la inteligencia por sí sola no puede explicar gran parte de las variaciones de la creatividad. Un mínimo de inteligencia es necesario para la creatividad, no se observan muestras de puntajes elevados de creatividad y bajos en inteligencia. A partir de cumplir con ese mínimo de inteligencia se abre una amplia gama posible entre mayor y menor grado de creatividad.

La creatividad en un individuo tiene tres componentes: experiencia, habilidades de pensamiento creativo y motivación. La experiencia es, en pocas palabras, conocimiento en alguna de sus formas: técnico, procesal e intelectual. Es un hecho, que según el grado de flexibilidad e imaginación que estén integradas al pensamiento creativo, el proceso con el que se abordan ciertos problemas y tareas, fluirá de manera natural. Por eso, los individuos aprenden a ser más creativos y saben utilizar distintas herramientas creativas para resolver problemas. La motivación es el último de los componentes, donde la pasión y un deseo interno para resolver un problema, producirán soluciones mucho más creativas que si se ofrecieran recompensas externas, tales como el dinero.

La inteligencia, al igual que la creatividad, puede ser desarrollada. Hay muchos ámbitos diarios en los que se la fomenta, especialmente en términos matemático-lógicos, como son juegos como los puzzles o las adivinanzas. Y otros tipos de inteligencia se ejercitan aún más a menudo, como la inteligencia emocional o la inteligencia social.

De modo que, aunque como en el caso de la creatividad, la inteligencia se obtiene a base de ejercerla, hay muchos más espacios, ámbitos y momentos para desarrollarla que en la creatividad. Porque, en general, la sociedad del siglo XX se fue construyendo como una sociedad pasiva, y la pasividad es enemiga de la creatividad: ver la televisión puede fomentar la inteligencia porque se esté aprendiendo algo en un documental, pero no puede fomentar la creatividad porque no es interactiva.

La capacidad, la rapidez con la que se encuentra la solución depende de la experiencia, y ésta siempre es adquirida, pero lo realmente original del pensamiento creativo, son todos los pasos del proceso previo a encontrar la solución. Esto se logra cuando se tiene plena capacidad de utilizar la información almacenada en la memoria de forma nueva y distinta. Pensamiento flexible es la capacidad de un sujeto para ir más allá y profundizar sobre sus propias experiencias. En los años sesenta, se estudiaba la asociación de inteligencia con creatividad, mediante el análisis del pensamiento convergente, y es Guilford quien da el primer paso para la consideración del pensamiento divergente como entidad propia e independiente. Entonces esta asociación de inteligencia y creatividad, está determinada por el pensamiento convergente, que es el pensamiento orientado a la solución convencional de un problema y el pensamiento divergente, que elabora criterios de originalidad, inventiva y flexibilidad.

El desarrollo de las ciencias siempre implica procesos creativos, es decir articulaciones entre pensamientos divergentes y convergentes, resoluciones de problemas complejos y creación de procedimientos y productos alternativos.

Comentario final

Los descubrimientos y los cambios significativos globales, que han ocurrido durante toda la historia de la humanidad, son debido a la curiosidad innata del hombre, la cual, unida a su capacidad intelectual, ha permitido asociar y relacionar la información disponible, para solucionar los problemas y las necesidades de la población de forma creativa. Esta interacción entre la investigación y la creatividad, ha proporcionado la creación y mejoramiento de métodos innovadores y tecnologías tan avanzadas, que años atrás eran inimaginables. Es por eso, que independientemente del momento temporal, el docente debe impulsar estrategias motivadoras que integren los conocimientos y la curiosidad científica, con el fin de incorporar la investigación a la vida del médico, como un hábito natural para desarrollar el conocimiento. De ser posible, se debe enseñar, promover y estimular la investigación científica y la creatividad a los estudiantes de medicina, con el fin de contribuir con la formación integral de profesionales comprometidos con aportar a la sociedad nuevos conocimientos.

Las posibilidades de generar preguntas y respuestas en ciencias también depende de los artefactos culturales disponibles, es decir de tecnologías e innovaciones desarrolladas respecto de técnicas y procedimientos de investigación. Muchas preguntas y problemas formulados en otros momentos, pero que no podían ser abordados, ahora pueden ser resueltos gracias a avances tecnológicos.

Se estimula la creatividad cuando se incluyen en la propuesta, como diseñar actividades de investigación e incentivar la participación en el proceso. También, dar orientaciones a los médicos en formación sobre los conceptos y la manera de organizar trabajos de investigación inicial que no involucren mucha complejidad, y proporcionarles información sobre cómo efectuar una investigación bibliográfica, resultan pautas indispensables para fomentar un proceso creativo.

Therefore the problem is not so much that of seeing what no one has yet seen, but rather of thinking in the case of something seen by everyone that which no one has yet thought. For this reason, it also takes very much more to be a philosopher than a physicist.

Por lo tanto, el problema no es tanto ver lo que nadie ha visto todavía, sino pensar en el caso de algo visto por todos, lo que nadie ha pensado todavía. Arthur Schopenhauer

Triploidía 69 XXX: a propósito de un caso

Autores
Dra. Gastaldi M. L. [1] - Dra. Ricci M.B. [2] Dra. Baldi M.C. [3] - Dra. Garcia C. [4] - Dra. Del Carretto M. A.[5]

Objetivo

El objetivo de este artículo es presentar una patología infrecuente, sus características ecográficas y su evolución intrauterina, a través de un caso clínico con diagnóstico y seguimiento en nuestra institución. Así mismo, consideramos fundamental reforzar la importancia del diagnóstico prenatal para el correcto asesoramiento de las pacientes y para un adecuado seguimiento multidisciplinario.

Método

Revisión bibliográfica y presentación de un caso clínico.

Introducción

La triploidía es una anomalía cromosómica numérica letal caracterizada por un conjunto extra haploide de cromosomas maternos o paternos (3n=69 cromosomas).

Se presenta en aproximadamente el 1-2% de las concepciones, y en la gran mayoría de los casos evoluciona a un aborto durante el primer trimestre.[1]

Representa el 20% de las aberraciones cromosómicas encontradas en el curso de abortos tempranos, de los que el 86% presentan degeneración molar parcial placentaria.

La prevalencia de triploidías disminuye con la edad gestacional. La prevalencia a las 12 semanas de embarazo es de aproximadamente 1:2000 y cae a 1:250000 para las 20 semanas. [2] La sobrevida intrauterina pasadas las 20 semanas es extremadamente infrecuente, y la sobrevida neonatal es prácticamente nula en un corto plazo, si bien hay registros en la literatura de casos con sobrevida neonatal de más de 10 días.

A diferencia de otras anomalías cromosómicas como por ejemplo la trisomía 21, las triploidías son independientes de la edad materna al momento del embarazo. [3]

Las triploidías pueden darse por tres mecanismos principales: una falla en la meiosis I/II del espermatocito (triploidía diándrica), una falla en la meiosis I/II del ovocito (triploidía digínica) o por una dispermia (triploidía diándrica).

La falla en la meiosis de las gametas (por no disyunción), genera la presencia de una gameta euploide (46n) (ya sea el ovocito o el espermatozoide), que al unirse a la gameta del otro progenitor haploide (23n) genera una nueva célula que presenta un total de 69 cromosomas. Otra de las posibles causas de una triploidía es el fenómeno de dispermia, donde fallan los mecanismos para prevenir la fertilización del ovocito por más de un espermatozoide y se genera entonces una célula triploide. La dispermia es la causa más frecuente de triploidia. [4]

En lo que refiere al diagnóstico, se realiza mediante cariotipo (ya sea por biopsia corial o más frecuentemente por amniocentesis acorde a la edad gestacional), donde podemos hallar los siguientes resultados acorde a la bibliografía:

- 69 XXX (37%).
- 69 XXY (60%).
- 69 XYY (3%).

Según el origen del cromosoma extra, se definen dos subtipos con manifestaciones ecográficas diferentes:

- Tipo I (diándrica): feto bien formado con perímetro cefálico normal o microcefálica y placenta aumentada de tamaño con cambios quísticos/molares asociados con la diandria;
- Tipo II (digínica): feto con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y perímetro cefálico aumentado (desproporción céfalo caudal) y una pequeña placenta no quística/molar. [5]

La presencia de cromosomas extras, determina la presencia de múltiples malformaciones en los fetos afectados, incluida la holoprosencefalia, hendiduras labiales, gastrosquisis, encefalocele, mielomeningocele, sindactilia (tercer y cuarto dedo), pies equino varos, defectos cardíacos y agenesia renal, etc. Por lo tanto, el espectro clínico es variado. Numerosos estudios han abordado las características fenotípicas de las triploidías mediante el uso de la ecografía fetal realizada por un observador experimentado.

En el estudio de Toufaily et al se evaluaron 54 fetos con diagnóstico de triploidía. Las anormalidades ecográficas más frecuentemente halladas fueron: RCIU (31,5%;n=17), oligohidramnios (18,5%; n = 10), hidrocefalia (18,5%;n = 10), comunicación interventricular (9,3%; n = 5), holoprosencefalia (5,5%; n = 3), riñones multiquísticos (3,7%; n = 2), agenesia / disgenesia renal (9,3%; n = 5), riñón en herradura (3,7%; n = 2), hidronefrosis (3,7%; n = 2), quiste de fosa posterior (11,1%; n = 6), mielomeningocele (9,3%; n = 5), higroma quístico (3,7%; n = 2) y hemivértebras (3,7%; n = 2). Cabe resaltar, que estos mismos fetos fueron luego evaluados por autopsia donde se presentaron más hallazgos. Uno de los hallazgos más consistentes fueron las sindactilias, en el 67% de los fetos triploides analizados, siendo más frecuentemente bilateral y del tercer y cuarto dedo. A nivel placentario, 24% presentó en el estudio anatomopatológico, una mola hidatiforme parcial. [1]

En otro estudio, Lugthart et al, analizaron retrospectivamente una cohorte multicéntrica de 120 embarazos con diagnóstico de triploidia. En general, la RCIU se encontró en 83 de 101 casos (82,1%). En 71 de esos 83 casos, la relación circunferencia cefálica / circunferencia abdominal fue medida, y se observó una restricción asimétrica del crecimiento fetal en 59 de esos 71 casos (83,1%). Se observaron anomalías estructurales fetales en 101 fetos. La mayor parte de los fetos presentaban de 2 a 9 anomalías plausibles de diagnóstico por vía ecográfica. Las anomalías detectadas con mayor frecuencia fueron anomalías cerebrales (41,7%), defectos de las extremidades (40%) y anomalías cardíacas (29,2%). Se detectaron anomalías placentarias en el 32.% de los casos. [6] Además, el hallazgo de desproporción céfalo caudal fue patognomónico en las triploidías de origen materno.

Más allá de los hallazgos ecográficos del segundo trimestre, se puede plantear la utilidad de los test diagnósticos en el primer trimestre (11-13.6 semanas) para la detección de triploidías. Kagan et al, evaluaron los marcadores de primer trimestre en fetos con diagnóstico de triploidia. No hubo hallazgos estadísticamente significativos en lo que respecta a la translucencia nucal y a la frecuencia cardiaca fetal. La bioquímica sérica materna resultó de gran utilidad para identificar fetos triploides, utilizando los algoritmos para el diagnóstico de trisomías. [7] Aproximadamente, un cuarto de los casos de triploidía, son diándricos, donde la ß-hCG libre en suero materno está aumentada y da como resultado un alto riesgo de trisomía 21. En la triploidía digínica hay niveles muy bajos de ß-hCG libre y PAPP-A lo que da como resultado un alto riesgo para las trisomías 13 y 18. El uso combinado de algoritmos para estas tres trisomías identifica alrededor del 85% de fetos con triploidía, además de la detección de más del 90% de los fetos trisómicos.

Otra de las herramientas que podrían valorarse ante la sospecha clínica de una triploidía es la aplicabilidad de técnicas no invasivas como el ADN fetal en sangre materna. No obstante, esto aún no está validado y se requiere de más estudios para evaluar la utilidad clínica. [8]

Otro factor a tener en consideración, es que al igual que las patologías molares, los embarazos con triploidías pueden tener afectación materna, entre ellas, síndrome de hiperestimulación ovárica, preeclampsia de presentación precoz, HELLP, etc. [9]

El manejo de estas pacientes debiera realizarse mediante un equipo multidisciplinario, que incluya obstetras, especialistas en diagnóstico prenatal, medicina fetal, genetistas, neonatólogos y un equipo de psicología o salud mental, para realizar una adecuada consejería a las pacientes y acompañarlas en el duelo de un embarazo cuyo resultado perinatal será adverso y para asesorar respecto del bajo riesgo de recurrencia. [10]

Caso Clínico

Paciente de 23 años de edad G2P1 cursando embarazo de 25 semanas por FUM.Sin antecedentes personales, toxicológicos, y heredofamiliares de relevancia. GYF 0-. En cuanto a los antecedentes tocoginecológicos, presentó un embarazo sin complicaciones con un recién nacido de peso adecuado y con nacimiento a término. Es derivada de otra institución por presentar un feto polimalformado con restricción de crecimiento intrauterino y oligohidramnios, para estudio en un centro de mayor complejidad y con acceso a neonatología.

En ecografía de las 11.3 semanas, se informa una translucencia nucal de 0.8mm con presencia de hueso nasal, ductus venoso normal e IP promedios de las Arterias uterinas 2.08 percentil 76, no se realizaron mediciones bioquímicas adicionales. Fue considerada de riesgo bajo para cromosomopatías y continuó con controles acordes a un embarazo de bajo riesgo.

Posteriormente se realiza ecografía morfológica detallada, correspondiente al screening del segundo trimestre, donde se informa un feto único con RCIU, líquido amniótico normal, fisura palatina, bilateral, hipertelorismo, cardiomegalia, derrame pericárdico , doble foco ecogénico en ventrículo derecho y ventrículo izquierdo, corte de los tres vasos anómalo y mal posición de las manos.

Continua seguimiento con una nueva ecografía a las 25 semanas : feto con peso estimado de 723 gr correspondiente al percentil <2.5 para la edad gestacional , oligohidramnios. Doppler

con aumento de la resistencia de la arteria umbilical y arteria uterina , vasodilatación en arteria cerebral media sin signos de redistribución. Corresponde a un RCIU estadio 1 (acorde a la clasificación de Figueras-Gratacós). [11]

Es en este momento que la paciente es derivada a nuestra institución. Al ingreso se valora de manera conjunta entre el servicio de neonatología y obstetricia. Se dialoga con la misma y se asesora respecto de la alta sospecha de patología cromosómica y de las opciones diagnósticas.Se decide realizar amniocentesis, enviando la muestra para realización de cariotipo inicialmente.

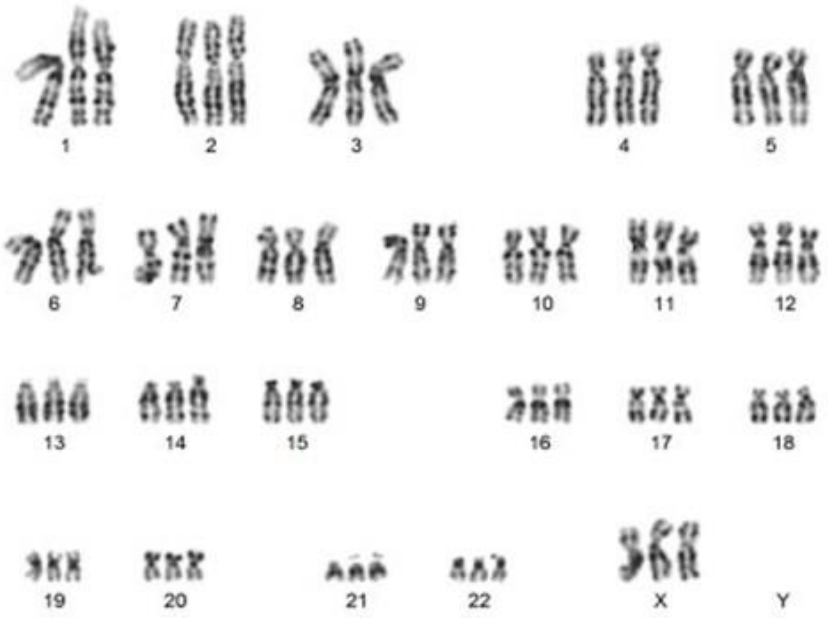
Durante la internación se realizan estudios de mayor complejidad, buscando otras anomalías mayores que pudieran orientar en la sospecha de algún síndrome en particular. Se realiza un ecocardiograma fetal que informó, Aorta cabalgando el septum interventricular con anillo de 6mm y una comunicación interventricular grande mayor de 5mm, con lo que se confirma la presencia de malformaciones cardíacas.

Se decide solicitar nueva ecografía Doppler que informa feto con RCIU, oligohidramnios, arteria umbilical con flujo reverso, arteria cerebral media con vasodilatación e índice cerebro placentario con relación invertida. Flujos venosos se encontraban conservados. Se constata progreso a un estadio III de RCIU. [11]

Se decide de forma conjunta seguimiento ambulatorio estricto con Doppler semanal, a la espera del resultado de cariotipo. Durante toda la internación y luego al alta la paciente estuvo en seguimiento por el servicio de psicología y salud mental y de cuidados paliativos pediátricos, para realizar un asesoramiento multidisciplinario.

A los 20 días del alta consulta nuevamente a la guardia por disminución de movimientos fetales, constatándose por ecografía la ausencia de latidos fetales. En ese momento, se recibe resultado de cariotipo que informa 69 XXX. Se hace diagnóstico de triploidía. Se contiene y asesora a la paciente respecto del diagnóstico.

Se decide comenzar inducción al trabajo de parto y nace con peso de 640gr (percentil menor al 2.5), un capurro de 30 semanas, por parto vaginal. En la macroscopía se pudieron constatar los múltiples hallazgos referidos en las ecografías prenatales, cabe resaltar: la desproporción céfalo caudal, el labio leporino bilateral, la marcada restricción del crecimiento, el hipertelorismo y la malposición de los miembros (no visualizada en los estudios prenatales).



Conclusión

La triploidía es una aberración cromosómica frecuente en abortos del primer trimestre e infrecuente en embarazos del segundo y tercer trimestre, con un espectro clínico muy variado. Si bien son las trisomías 18 y 13 mucho más frecuentes y sus principales diagnósticos diferenciales, la triploidía es un diagnóstico a tener en cuenta ante fetos polimalformados.

En numerosos estudios se han evaluado los diferentes hallazgos ecográficos y los subtipos de triploidías según el origen materno o paterno de la aberración cromosómica, no obstante no todas las pacientes presentan las características ecográficas típicas que nos puedan orientar en la sospecha. En el caso que se presentó en nuestra institución se destacaron como hallazgos la restricción del crecimiento intrauterino precoz, el oligohidramnios, la alteración en la relación entre circunferencia abdominal y cefálica, las anomalías cardíacas, la alteración en la línea media, etc.

Resulta fundamental en estos casos el diagnóstico de certeza citogenético para poder realizar un adecuado asesoramiento. Las triploidías presentan un riesgo de recurrencia menor al 1%, mientras que en otras anomalías cromosómicas (como la trisomía 18 y 13) puede ser mayor, en especial si los padres presentan translocaciones.

Queremos destacar la importancia del manejo multidisciplinario en las patologías complejas. El equipo perinatológico debe estar constituido por obstetras, neonatólogos, licenciados en salud mental, especialistas en medicina fetal y genetistas. Entre todos podemos realizar una adecuada consejería a las pacientes y acompañarlas en el duelo de un embarazo cuyo resultado perinatal será adverso y asesorarlas adecuadamente para futuros embarazos.

Bibliografía

1. Toufaily MH, Roberts DJ, Westgate M-N, Holmes LB. Triploidy: Variation of Phenotype. Am J Clin Pathol. 2015;145: 86–95. doi:10.1093/ajcp/aqv012
2. Snijders RJ, Sebire NJ, Nicolaides KH. Maternal age and gestational age-specific risk for chromosomal defects. Fetal Diagn Ther. 1995;10: 356–367. doi:10.1159/000264259
3. Russo R, Sessa AM, Fumo R, Gaeta S. Chromosomal anomalies in early spontaneous abortions: interphase FISH analysis on 855 FFPE first trimester abortions. Prenat Diagn. 2016;36: 186–191. doi:10.1002/pd.4768
4. Scholz NB, Bolund L, Nyegaard M, Faaborg L, Jørgensen MW, Lund H, et al. Triploidy--Observations in 154 Diandric Cases. PLoS One. 2015;10: e0142545. doi:10.1371/journal.pone.0142545
5. McFadden DE, Kalousek DK. Two different phenotypes of fetuses with chromosomal triploidy: correlation with parental origin of the extra haploid set. Am J Med Genet. 1991;38: 535–538. doi:10.1002/ajmg.1320380407
6. Lugthart MA, Horenblas J, Kleinrouweler EC, Engels M, Knegt AC, Huijsdens K, et al. Prenatal sonographic features can accurately determine parental origin in triploid pregnancies. Prenat Diagn. 2020;40: 705–714. doi:10.1002/pd.5666
7. Kagan KO, Anderson JM, Anwandter G, Neksasova K, Nicolaides KH. Screening for triploidy by the risk algorithms for trisomies 21, 18 and 13 at 11 weeks to 13 weeks and 6 days of gestation. Prenat Diagn. 2008;28: 1209–1213. doi:10.1002/pd.2149
8. Nicolaides KH, Syngelaki A, del Mar Gil M, Quezada MS, Zinevich Y. Prenatal detection of fetal triploidy from cell-free DNA testing in maternal blood. Fetal Diagn Ther. 2014;35: 212–217. doi:10.1159/000355655
9. Wali S, Wild M. Maternal complications of fetal triploidy: a case report. BMJ Case Rep. 2020;13. doi:10.1136/bcr-2020-236950
10. Kolarski M, Ahmetovic B, Beres M, Topic R, Nikic V, Kavecan I, et al. Genetic Counseling and Prenatal Diagnosis of Triploidy During the Second Trimester of Pregnancy. Mediev Archaeol. 2017;71: 144–147. doi:10.5455/medarh.2017.71.144-147
11. Figueras F, Gratacós E. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. Fetal Diagn Ther. 2014;36: 86–98. doi:10.1159/000357592

1 Residente tocoginecología, Sanatorio Güemes
2 Residente tocoginecología, Sanatorio Güemes
3 Médica de planta Servicio Obstetricia, Sanatorio Güemes
4 Médica de planta Servicio diagnóstico por imágenes, Sanatorio Güemes
5 Jefa del Servicio de Obstetricia, Sanatorio Güemes

FASGO
Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

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

FASGO
Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia

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