



# 24

## **CONGRESO REGIONAL** SOCIEDAD CANARIA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**GRAN CANARIA**  
**3 AL 5 DE NOVIEMBRE DE 2016**



SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y  
GINECOLOGÍA DE CANARIAS

# **LIBRO DE COMUNICACIONES**

## **TITULO:** 1 - ARTERIA UMBILICAL ÚNICA: MALFORMACIONES ASOCIADAS

**AUTORES:** BENÍTEZ CASTILLO N, SÁNCHEZ PASTRANA J, ARMAS ROCA M, GARCÍA DELGADO R, GARCÍA RODRÍGUEZ R.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **INTRODUCCIÓN**

El cordón umbilical contiene dos arterias y una vena. Esta patología es una variación de la estructura del cordón umbilical en la que sólo hay una arteria. La incidencia es de 0,5-6 % de los embarazos y es más común en los embarazos gemelares.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se incluyeron 459 mujeres con diagnóstico de arteria umbilical única desde mayo 2006 a enero 2015 en el HUMIC. Es un estudio descriptivo cuyo objetivo es estudiar múltiples variables que se describirán a continuación. Finalmente, se estudió el diagnóstico de malformaciones genitourinarias tras el nacimiento.

### **RESULTADOS**

La media de edad fue de 35,98 años. La edad gestacional media al parto fue 39 semanas. El peso medio de los recién nacidos fue 3022 gramos. La media del test de Apgar al minuto fue 8,39 y a los 5 minutos 9,17. El pH arterial medio fue 7,21. El 5,4% de las pacientes fueron sometidas a una amniocentesis y el 2,2% a una biopsia corial. El 5,7% tenían un cariotipo normal y el 1,5% un cariotipo anormal. Respecto a las patologías en la gestación: 4,4% PEG, 6,8% CIR, 1,3% preeclampsia, 8,3% abortos y 2,3% muerte fetal anteparto. El 71,4% partos eutócicos, 18,9% cesáreas, 8,1% fórceps y 1,6% podálicos. El 87,9% tenían una edad gestacional al parto  $\geq 37$  semanas, mientras que el 12,1% tuvo un parto prematuro. El 19,8% tuvo diagnóstico ecográfico de alguna malformación, siendo las más frecuentes las cardíacas (27,4%), sistema nervioso (24,1%) y renales (20,8%). 5,3% alteraciones del líquido amniótico, 18,6% arterias uterinas patológicas y 3,2% placenta previa. Tras el nacimiento, 9 niños fueron diagnosticados de patología renal mientras que no se diagnosticaron anomalías genitales.

### **CONCLUSIÓN**

La asociación de arteria umbilical única con anomalías estructurales mayores, cromosopatías, CIR y prematuridad hace necesario extremar las medidas de control del embarazo así como la realización de ecografías seriadas durante el mismo.

## **TITULO: 2 - TUMORACIONES ANEXIALES: ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO TERAPÉUTICO.**

**AUTORES:** BENÍTEZ CASTILLO N, SANTANA MATEO J, GONZÁLEZ GARCÍA-CANO D, HERNÁNDEZ PÉREZ D, GIL GONZÁLEZ M, ARMAS ROCA M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **OBJETIVO**

Realizar una actualización del manejo clínico, ecográfico y quirúrgico de las tumoraciones anexiales, así como valorar la correspondencia entre el diagnóstico ecográfico de tumoraciones anexiales que se realizan en nuestras consultas de ginecología con el diagnóstico anatomopatológico final. También se estudió el papel de los marcadores tumorales.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo observacional del 1 de enero 2014 al 31 diciembre 2015. Se incluyeron 195 pacientes diagnosticadas de tumoración anexial programadas para cirugía procedentes de Ginecología Hospitalaria y Extrahospitalaria del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Se recogieron variables como: edad, antecedentes, IMC, estado menopáusico, síntomas, exploración, marcadores tumorales, características ecográficas, indicación, vía y tipo de cirugía, reconversiones, complicaciones y anatomía patológica.

### **RESULTADOS**

La edad media fue de 43,3 años, siendo menopáusicas el 29,7% de las pacientes. IMC medio 26,9. El 53,8% no tenía antecedentes de interés. El 54% presentaba clínica de dolor, mientras que el 34% estaban asintomáticas. El 58,2% presentaba una exploración patológica. Se solicitaron marcadores en el 47% de las pacientes, siendo el 88,7% menopáusicas y resultando positivos en el 40,5%. El 81% de las cirugías fueron laparoscopias, con un 2,1% de reconversiones. El dolor fue la principal indicación de la cirugía (45,6%). Un 62,7% fueron anexectomías y un 17,6% laparotomías. Se produjeron complicaciones en el 4,6%.

### **CONCLUSIONES**

La sensibilidad del diagnóstico ecográfico en la muestra es del 70 % y la especificidad es del 37%. La ecografía (con o sin estudio Doppler) es la técnica de primera línea en la evaluación de una masa anexial. HE4 + Ca 125 aumenta la sensibilidad para determinar el riesgo de malignidad. Se debe evitar la cirugía en tumoraciones de bajo riesgo de malignidad y realizar una catalogación adecuada de una tumoración de alto riesgo para el diagnóstico precoz del cáncer de ovario.

## **TITULO: 3 - EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA**

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., RODRÍGUEZ FUSTER S., GUTIÉRREZ GARCÍA L., FIGUERAS FALCÓN T., RAMÍREZ GARCÍA O.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** Analizar la evolución obstétrica en el Hospital Universitario Insular Materno Infantil en el periodo 1992-2015.

**Material y método:** Estudio retrospectivo observacional, mediante la revisión de la base de datos de nuestro centro.

**Resultados:** Durante los años 1992 a 2015 el número de partos ha oscilado entre 7.869 (año 2003) y 4.565 (año 2015) con una clara tendencia a la disminución. Siendo la media de partos diaria de 21,6 y de 12,5 respectivamente.

La mayoría de gestantes fueron primigestas de entre 18-34 años (78,6%), con incremento progresivo de las parturientas mayores de 34 años.

El 90,3% fueron partos a término, apreciándose una disminución de las gestaciones prolongadas. La media de partos eutócicos fue de 73,7%, fórceps 12,7% observándose desde la instauración del protocolo de parto normal una disminución de la indicación expulsivo prolongado.

La tasa de cesáreas se sitúa en un 12,6%.

En el 0,8 % de los nacimientos se registraron puntuaciones de Apgar a los 5 minutos menor a 7 y en el 0,9% pH arteriales menores a 7.

El 1,7% de los recién nacidos ingresaron en UCIN. Observando una disminución en la muerte perinatal en RN de más de 1000 gramos del 7,3‰ en el año 1992 al 3,2 ‰ en el año 2015.

**Conclusión:** Nos encontramos ante una población principalmente de gestantes con edad comprendida ente 18-34 años, con tendencia al aumento de edad, primíparas, que finalizan su gestación a término de forma eutócica y con adecuados resultados perinatales. Se mantiene la tasa de cesáreas por debajo del 15% y se registra una disminución de la tasa de fórceps y de muertes perinatales.

**TITULO:** 4 - GESTACION ESPONTANEA CON BUENOS RESULTADOS OBSTETRICOS EN PACIENTE CON ÚTERO MIOMATOSO: ACETATO DE ULIPRISTAL

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ, M.A.; EMERGUI ZRIHEN Y.; LASECA MODREGO M.; OCÓN PADRÓN, L.; SEARA FERNÁNDEZ, S.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** El Acetato de Ulipristal es un modulador sintético selectivo y activo por vía oral de los receptores de la progesterona para controlar el sangrado vaginal excesivo en pacientes con miomas uterinos. Hay escasa evidencia que apoye su utilidad para disminuir el tamaño de los miomas. De hecho, hasta el momento, hay muy pocos casos de embarazo tras tratamiento con Acetato de Ulipristal en el contexto de un útero miomatoso sintomático.

**Caso clínico:** Nuestra paciente estaba en control ginecológico por un mioma uterino asintomático. En Mayo de 2014, con 32 años, se objetiva un mioma de 6 cm cara posterior, intramural, sin afectar la cavidad endometrial y empeoramiento de la sintomatología. Dado el deseo reproductivo incompleto, se acuerda retrasar el tratamiento quirúrgico e iniciar tratamiento con Acetato de Ulipristal (5 mg al día).

A las 6 semanas de tratamiento, hay una franca mejoría de la sintomatología y la paciente se encuentra en amenorrea. A la exploración ecográfica se objetiva una reducción del volumen del mioma (73 cc).

Al finalizar el tratamiento, a los tres meses, continúa en amenorrea y asintomática, sin objetivarse cambios en el tamaño del mioma.

Un mes tras finalizar el tratamiento se queda embarazada espontáneamente. El embarazo cursa dentro de la normalidad y con un crecimiento fetal adecuado, sin describirse un incremento del tamaño del mioma. Finalmente, en la semana 37+6 se produce un parto vaginal mediante fórceps con un recién nacido femenino de 2050 gramos, con un Apgar a los 5 minutos de 9.

**Conclusión:** En resumen, aquellas pacientes que no deseen una cirugía o con deseo genésico pueden beneficiarse del tratamiento con Acetato de Ulipristal, aunque sin duda son necesarios estudios mejor diseñados para poder determinar su beneficio a corto y a largo plazo así como sus efectos secundarios.

**TITULO: 5 - PERFIL PSICOLOGICO DE LAS PACIENTES CON CANCER GINECOLOGICO PREVIO**

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., LUBRANO ROSALES, A.; ARENCIBIA SÁNCHEZ, O.; BENITO REYES, V.; ESPAZA MARTIN, M., VIERA M.J

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** Analizar el trabajo que se realiza desde el punto de vista psicológico con las pacientes diagnosticadas de cáncer ginecológico pélvico de nuestra unidad y valorar sus necesidades psicológicas.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de las características psicológicas de 75 pacientes con cáncer ginecológico pélvico y con tratamiento psicológico entre 2013 y 2014 en la Unidad de Ginecología Oncológica del CHUIMI.

Tras la comunicación del diagnóstico y durante todo el proceso se ofrece la posibilidad de apoyo psicológico por parte de la Asociación Canaria Cáncer de Mama y Ginecológico. Se realiza una valoración minuciosa para crear un plan de trabajo, en donde se toma en cuenta el estado actual de la paciente, se descarta cualquier trastorno previo, y se toman las medidas pertinentes para la aceptación y adaptación.

**Resultados:** El 96% de las pacientes fueron atendidas en el momento del diagnóstico de la enfermedad y el 4% en el seguimiento. Cerca del 50% de las pacientes presentaban comorbilidad con otras patologías psicológicas siendo la principal la depresión (45,9%), la ansiedad (21,6%), los conflictos familiares (18,9%), la violencia de género (10,8%) y 1 caso de abusos sexuales en la infancia. El 45,3% requirió un seguimiento psicológico. La media de sesiones necesarias previo al alta fueron 5. Una paciente fue derivada a otro recurso para recibir tratamiento psiquiátrico.

**Conclusión:** La gran mayoría del apoyo psicológico se produce en el momento del diagnóstico, siendo la fase más crítica. Encontramos en el perfil psicológico de nuestras pacientes un alto porcentaje (50%) de antecedentes o conflictos pre-existentes. Una mejor detección de estos problemas permitirá realizar un plan de seguimiento psicoterapéutico que permita mejorar la salud mental y calidad de vida de la paciente oncológica. De ahí la importancia de una mayor presencia e integración del profesional psicólogo en el equipo que atiende al paciente oncológico.

**TITULO:** 6 - CÁNCER DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO. REVISIÓN DE 156 CASOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN ÚNICA INSTITUCIÓN (2009-2013).

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., LUBRANO ROSALES, A.; ARENCIBIA SÁNCHEZ, O.; BENITO REYES, V.; ESPARZA MARTÍN, M.; ANDÚJAR SÁNCHEZ, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** Conocer la evolución y supervivencia de los cánceres de cérvix localmente avanzado (CCLA) en nuestro medio.

**Material y método:** El protocolo de tratamiento de las pacientes con CCLA en nuestra unidad consiste en radioterapia externa (con quimioterapia) y braquiterapia endocavitaria. Se realiza linfadenectomía paraaórtica extraperitoneal por vía laparoscópica en aquellas pacientes con técnicas de imagen donde no se visualizan ganglios patológicos. Se administra radioterapia ampliada a campo paraaórtico si existen ganglios paraaórticos patológicos (por histología o por imagen). Se estudiaron las características socio-demográficas, anatomía-patológica y supervivencia.

**Resultados:** Entre el 2009 y el 2013 fueron diagnosticados en la Unidad de Ginecología Oncológica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil 262 cánceres de cérvix, con una media de 52 casos nuevos al año, de los cuales el 59,54% fueron CCLA. El 82,1% de las pacientes presentaron un carcinoma escamoso de cérvix, el 50,7% en estadio FIGO II. Un 23,22% presentaron ganglios pélvicos positivos en la TAC. Se realizó linfadenectomía paraaórtica retroperitoneal en el 59,61%, con afectación ganglionar en un 18,3%.

El 17,30% de las pacientes tuvo una recidiva y el 28,2% falleció por la enfermedad. Tras una media de seguimiento de 20,6 meses, la supervivencia global a los 36 meses fue del 60%. La supervivencia global fue inferior en las pacientes con ganglios paraaórticos positivos histológicamente (17,15% vs 82,6%;  $P < 0,0001$ ).

La media de supervivencia fue superior en las pacientes menores de 60 años ( $p < 0,002$ ), con estadio FIGO IB2-IIB (73% vs III-IVA 35,3%;  $p < 0,0001$ ) y tamaño tumoral menor de 5 cm ( $p < 0,003$ ).

**Conclusión:** La incidencia del cáncer de cérvix está aumentando en los últimos años en nuestro medio con una media de 52 casos anuales. Los casos con ganglios paraaórticos metastásicos tienen una menor supervivencia general con los tratamientos estándar actuales. La quimioterapia neoadyuvante o adyuvante podría mejorar el pronóstico de esta patología.

**TITULO:** 7 - TENDENCIAS DE UNA PRÁCTICA OBSTÉTRICA DIARIA: EPISIOTOMÍA MEDIOLATERAL O DESGARRO PERINEAL 2º GRADO.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., PÉREZ PADRÓN N., GUTIÉRREZ GARCÍA L., FIGUERAS FALCÓN T., GARCÍA HERNÁNDEZ J.A., MARTÍN MARTÍNEZ, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** La episiotomía como práctica clínica introducida en el siglo XVIII es ampliamente utilizada durante el parto con la justificación de que reduce los desgarros perineales, la disfunción del suelo pélvico, y la incontinencia urinaria y fecal. Desde un punto de vista anatómico, se puede decir que la episiotomía es el equivalente a un desgarro perineal de segundo grado. Sin embargo, en cuanto a términos de morbilidad, sigue existiendo controversia al comparar la episiotomía con los desgarros perineales de primer y segundo grado.

**Objetivo:** analizar la tendencia en el tiempo del número de episiotomías y de desgarros perineales de 2º grado en partos eutócicos cefálicos que tuvieron lugar en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre el número de episiotomías, episiotomías con desgarros perineales de 2º grado y desgarros perineales de 2º grado sin episiotomía en partos eutócicos cefálicos que tuvieron lugar en dos periodos de tiempo (1999-2002 y 2010-2013) en el CHUIMI.

**Resultados:** El porcentaje de episiotomías descendió más de un 50% entre ambos periodos. Por el contrario, el número de desgarros perineales de 2º grado sin episiotomía se multiplicó por 5 (4.7% en 1999 y 25.3% en 2013).

En el segundo periodo estudiado (2010-2013) encontramos el mismo porcentaje de episiotomías que de desgarros perineales de 2ª grado, siendo la suma de ambos porcentajes similar al número de episiotomías totales observadas en el primer periodo (1999-2002).

**Conclusiones:** El uso selectivo de la episiotomía es preferible a su uso sistemático, sin embargo hay que individualizar los casos según las características de la paciente y la destreza y habilidad del profesional en el uso de técnicas dirigidas a una adecuada protección del periné.

Es difícil llegar a conclusiones, pero sí se puede afirmar que no existe un sustitutivo del buen juicio clínico.



**TITULO:** 8 - VALOR DE LOS PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE ENDOMETRIO: ESTUDIO DE LAS RECIDIVAS EN NUESTRO CENTRO.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., LUBRANO ROSALES A., BENITO REYES V., ARENCIBIA O., ESPARZA M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** Analizar las tasas y patrones de recurrencia en pacientes con cáncer de endometrio y evaluar la utilidad de los procedimientos de seguimiento para detectar la enfermedad recidivante después del tratamiento de estas pacientes.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de todas las pacientes diagnosticadas de recidiva de cáncer de endometrio tratadas en la Unidad de Ginecología Oncológica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil entre los años 2000 y 2014.

**Resultados:** El tiempo medio de seguimiento fue de 42,94 meses, detectándose 81 recidivas. El tiempo medio de recurrencia fue de 23,86 meses. El 66,7% ocurrieron en los primeros dos años tras el tratamiento primario y el 80,2% en los primeros tres años.

En el 42% de los casos, las recidivas fueron sintomáticas. El sitio más común fue la cúpula vaginal en un 28,4% seguido de la afectación de los ganglios linfáticos en un 23,45% y de la recidiva en forma de carcinomatosis en un 23,45%.

En cerca de la mitad de los casos el diagnóstico de las recidivas fue a través de la exploración física, un 34,5% a través de la elevación de los marcadores tumorales, un 9,9 % por pruebas de imagen y sólo 5 casos por citología vaginal anómala (6,2%).

Las tasas de supervivencia global fueron del 74% a los 2 años, 40,5% a los 5 años y 32,8% a los 10 años.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, el 80,2% de las recidivas ocurrieron en los tres primeros años de seguimiento. Esto nos permite apoyar la finalización del seguimiento estrecho después del tercer año tras finalizar el tratamiento primario.

Los resultados muestran que la citología vaginal rutinaria solo fue beneficiosa en un 6,2% de las recurrencias, por lo cual se puede concluir que la vigilancia mediante citología vaginal es poco eficaz para la detección de recidivas del cáncer de endometrio.

**TITULO:** 9 - RESULTADOS PERINATALES EN GESTACIONES GEMELARES EN RELACIÓN A LA PRESENTACIÓN DE AMBOS FETOS Y A LA VÍA DEL PARTO.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., FIGUERAS FALCÓN T., GUTIÉRREZ GARCÍA L., OBREROS ZEGARRA L., RAMÍREZ GARCÍA O., GARCÍA HERNÁNDEZ J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** La gestación gemelar se relaciona con peores resultados perinatales, independientemente de la presentación de cada uno de los gemelos y de la vía del parto.

**Objetivo:** Analizar los resultados perinatales en las gestaciones gemelares en relación a la presentación de cada uno de ellos, a la vía del parto, atendiendo al orden de cada feto.

**Material y Métodos:** 639 mujeres con embarazo gemelar, clasificados en primer y segundo gemelo. Se compararon en función del orden, presentación, esterilidad y corionicidad.

**Resultados:** El 82,6% fueron BC-BA, el 14,6% MC-BA y el 0,6% MC-MA. El 70,7% de los primer gemelo se encontraba en presentación cefálica; sin embargo, esto ocurría en el 49,9% de los segundos gemelos ( $p < 0,05$  IC 95%). La tasa de cesáreas en primer gemelo en presentación cefálica fue del 28,5%, y del 85,8% en los primeros gemelos en presentación podálica ( $p < 0,05$  IC95%). No hubo diferencias en los resultados perinatales entre el primer y el segundo gemelo ni en función de la presentación de cada uno.

Con respecto a la esterilidad, el 25,8% de las estériles tuvieron una cesárea electiva, frente al 15,5% de las no estériles ( $p < 0,05$  IC95%). Las estériles tuvieron el doble de RN con pesos entre 800 y 1.500 gramos ( $p < 0,05$  IC95%). No hubo diferencias en cuanto a otros resultados perinatales.

Los RN de gestaciones monocoriales tuvieron una tasa de peso inferior a 2000 gramos superior a los de las gestaciones bicoriales ( $p < 0,05$  IC95%) y fue más frecuente un resultado del test de Apgar a los 5' inferior a 7 ( $p < 0,05$  IC95%). Hubo más ingresos en UCIN en monocoriales (0,5%) que en los bicoriales (0,1%) y mayor mortalidad perinatal.

**Conclusiones:** No hay diferencias estadísticamente significativas en los resultados perinatales independientemente del orden de cada gemelo, de la presentación de cada uno y de la vía del parto.

**TITULO:** 10 - RESULTADOS PERINATALES TRAS LA RESECCION HISTEROSCOPIA DE ADHERENCIAS INTRAUTERINAS.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., MADSEN CHOPPI M.A., EMERGUI ZRIHEN Y., PÉREZ MORALES E., TORRES AFONSO A., PRIETO MARTÍNEZ M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** Una causa conocida de esterilidad son las sinequias uterinas. La resección histeroscópica de sinequias ha demostrado mejorar el pronóstico reproductivo de estas pacientes.

**Objetivo:** Analizar la tasa de gestación y resultados perinatales tras la resección histeroscópica de sinequias uterinas.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en el periodo 2004-2015. Se estudió la tasa de fecundación y los resultados perinatales tras la liberación histeroscópica en sinequias uterinas en pacientes con historia de esterilidad/infertilidad. Se realizó resección de adherencias con electrodo bipolar y tratamiento posterior con estrógenos orales.

**Resultados:** Se realizaron un total de 11.033 técnicas en la Unidad de Cirugía Histeroscópica del Servicio de Ginecología y Obstetricia del CHUIMI, con una 3,4% de derivación por esterilidad/infertilidad.

Se analizaron un total de 38 pacientes. El 79,4% eran infértiles y el 20,6% estériles. La media de edad fue 34,05 años (24-39 años) con una menarquía a los 12,56 años (9-18 años). La media de IMC fue 25,77 (19-37).

En el 76,31% las sinequias fueron secundarias a un legrado, en el 7.9% tras una miomectomía y se desconoce en 6 casos. Tras la metroplastia la tasa de gestación fue del 52,6%. De los casos de Síndrome de Asherman (SA) leve, once de diecisiete consiguieron gestación con un parto a término en siete pacientes (53,8%); de once casos con SA moderado, seis consiguieron embarazo alcanzando el término cuatro casos (36,3%); y en los casos de SA más severos, dos de los tres embarazos llegaron a término (20%).

Se produjo una perforación uterina dando una tasa de complicaciones del 2,6%.

**Conclusiones:** La histeroscopia quirúrgica es una técnica segura y efectiva en el manejo de las adherencias uterinas. Las tasas de embarazo y natalidad dependen fundamentalmente de la gravedad inicial de las adherencias, lo cual influye directamente en el éxito de la resección histeroscópica.

**TITULO:** 11 - TUMORES DE LA CELULA DE LA GRANULOSA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 36 CASOS EN UN ÚNICO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., LUBRANO ROSALES A., SANTANA MATEO J., BENITO REYES V., ARENCIBIA O., ESPARZA M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** Analizar los casos de TCG diagnosticados y/o tratados en la Unidad de Ginecología Oncológica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil, así como analizar el tipo de tratamiento realizado, los factores pronósticos y la evolución de las pacientes.

**Material y método:** Estudio observacional retrospectivo de los casos de TCG diagnosticados y tratados entre Enero de 1990 y Agosto de 2015. Se evaluó la edad, presentación clínica, estado menopáusico, paridad, el estadio y tamaño tumoral, la presencia o no de enfermedad residual tras el tratamiento quirúrgico, tratamiento complementario, presencia o no de recidiva y el intervalo libre de enfermedad como factores pronósticos.

**Resultados:** Hubo un total de 1.045 diagnósticos de patología ovárica maligna, de los que en 36 casos (3,45%) el diagnóstico histológico fue de TCG.

De acuerdo con la clasificación FIGO, 29 pacientes (80,6%) se encontraban en estadios I-II y 6 pacientes (16,7%) en estadios avanzados (estadio III). Se realizó tratamiento quirúrgico inicial logrando la citorreducción óptima (R0) en 31 pacientes (86,1%). Se realizó tratamiento adyuvante con quimioterapia en 8 (22,2%) pacientes con estadios FIGO IIIA-IIIB-IIIC.

La media de seguimiento fue de 47 meses. La tasa de recurrencia fue del 16,7% (6 pacientes) con un tiempo medio desde el diagnóstico hasta la recidiva de 75,26 meses.

Al realizar el análisis bivariante, se objetivó una asociación estadísticamente significativa entre el resultado obtenido en la histología definitiva y la supervivencia (p 014). Sin embargo, ninguna variable influye en la supervivencia de manera significativa al realizar el análisis multivariante.

**Conclusiones:** Los TCG son una entidad poco frecuente con una historia natural larga, generalmente con buen pronóstico y con capacidad de recurrencia tardía, siendo necesario un seguimiento a largo plazo de estas pacientes.

Se establecen como factores pronósticos para la supervivencia global el estadio clínico al momento del diagnóstico, el subtipo histológico, la recurrencia y la realización o no de un tratamiento complementario.

**TITULO:** 12 - TUMORES QUE RECUERDAN A LAS CELULAS DE LOS CORDONES SEXUALES (UTROSCT): EXPLOSIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ, M.A.; EMERGUI ZRIHEN Y.; OCÓN PADRÓN, L.; LUBRANO ROSALES, A.; ANDÚJAR SÁNCHEZ, M.; SEARA FERNÁNDEZ, S.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** Los tumores uterinos que recuerdan a las células de los cordones sexuales, son una entidad clínica rara, descritos como una entidad histopatológica independiente, dividiéndose en dos tipos según sus características clínicas e histopatológicas: los tipo I o tumores del estroma endometrial con elementos de las células de los cordones sexuales del ovario (ESTSCLE) y los tipo II o tumores uterinos que recuerdan a las células de los cordones sexuales del ovario (UTROSCT).

**Descripción del caso:** Paciente de 46 años de edad con historia de dolor abdominal difuso y metrorragia asociado a pérdida de peso. En la ecografía transvaginal destaca un mioma subseroso pediculado de 79x74 mm con base de implantación de unos 38 mm en cara anterior de útero. Se realiza una histerectomía abdominal simple por útero miomatoso sintomático.

El estudio anatomopatológico definitivo informa de: "tumor uterino de 5 cm que recuerda a UTROSCT asociado a un tumor de músculo liso de bajo potencial de malignidad (STUMP) sin observarse invasión vascular. Dado los hallazgos anatomopatológicos se realiza un estudio de extensión. Los marcadores tumorales fueron negativos así como la TAC toracoabdominopélvica que resultó sin hallazgos significativos.

Nuestra paciente se encontraba asintomática desde la primera cirugía. El estudio anatomopatológico definitivo de la pieza de la primera cirugía informó de un tumor menor de 10 cm sin invasión linfovascular y limitado al cuerpo uterino. Por todo ello se decidió realizar una doble salpingo-ooforectomía vía laparoscópica con un estudio pieza quirúrgica dentro de la normalidad. Actualmente, quince meses después, la paciente continúa un seguimiento en la Unidad de Ginecología Oncológica, libre de enfermedad.

**Conclusiones:** En resumen, los UTROSCTs son tumores con bajo potencial maligno y una baja tasa de recurrencias, sin embargo es necesario la realización de más estudios para conocer el potencial maligno de estos tumores.

**TITULO:** 13 - ROTURA DE HEMATOMA HEPATICO SUBCAPSULAR EN EL EMBARAZO: CASO CLÍNICO.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN, Y. MADSEN, MA. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, R. FIGUERAS FALCÓN, T. DELGADO GODOY, CS. PRIETO MARTÍNEZ, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El síndrome de HELLP se define por la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en la embarazada, siendo una de las manifestaciones graves de la preeclampsia. Ocasionalmente se asocia a alteraciones hepáticas graves como el hematoma subcapsular siendo una entidad infrecuente, cuya incidencia varía entre el 1 y 2% de gestaciones con diagnóstico de preeclampsia. Su rotura es una de las complicaciones más graves cuya mortalidad perinatal supone entre un 25 y 50%, y materna entre el 40 y 75%. Aunque presenta signos y síntomas inespecíficos, la sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuado, siendo el manejo quirúrgico mediante una laparotomía, la técnica de elección.

Presentamos el caso de una primigesta de 33 años con gestación de curso normal que presentó elevación de la tensión arterial de 140/90 mm de Hg, autolimitadas y sin sintomatología a partir de la semana 36. Acude a urgencias en la semana 38+5 por un cuadro de epigastralgia asociado a náuseas y vómitos de 24 horas de evolución. Ingresó en paritorio por RCTG decelerativo y ante la aparición de inestabilidad hemodinámica de la paciente asociada a bradicardia fetal mantenida, se indica cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal. Durante la misma, se objetivó un hemoperitoneo moderado. Se extrajo RN masculino, de 2950 gramos (Apgar 8/9, pH art 6.97 y EB -10). Al revisar la cavidad abdominal se objetivó un hematoma subcapsular hepático roto. Junto con Servicio de Cirugía General, se colocó un packing para control hemostático y re-intervenir a la paciente a las 48 horas. Al revisar la analítica de ingreso, destacaba una plaquetopenia con estado de hemoconcentración y perfil hepático alterado. Se diagnosticó de síndrome de HELLP en el contexto de una preeclampsia grave y se instauró tratamiento. La paciente y el neonato tuvieron una evolución satisfactoria.

## **TITULO:** 14 - INFARTO CEREBRAL ISQUEMICO PERINATAL

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN Y, RIBARY DOMINGO A, GUTIÉRREZ GARCÍA LE, FIGUERASFALCÓN T, MARTEL SANTIAGO C. VALLE MORALES L.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El infarto cerebral isquémico se debe a un evento cerebrovascular periparto entre las 20 semanas de gestación hasta 28 días postparto.

Se manifiesta como déficit neurológico focal de más de 24 horas de duración, siendo las convulsiones la clínica frecuente. No existe incidencia real, puesto que la mayoría son asintomáticos; en RN sintomáticos es de 1/4000. La patogénesis es multifactorial, relacionándose con factores que producen hipercoagulabilidad. Está descrito que el 45% es de etiología desconocida, un 35% se relaciona con asfixia perinatal, un 15% con cardiopatía, y un 5% con otros factores como la infección. La localización más frecuente es en el territorio de la arteria cerebral media. Ante clínica compatible con convulsiones en el neonato, debemos descartar otras causas no relacionadas con un evento hipoxico agudo intraparto.

Presentamos el caso de una primigesta de 40 años, con gestación gemelar BC-BA conseguida con técnica de reproducción asistida tras ovodón.

En la 39 semana se induce por buenas condiciones obstétricas. Tras 8 horas de dilatación, con RCTG tranquilizador de ambos gemelos, tiene lugar un parto eutócico cefálico del primer gemelo (17:39 horas, RN 2900 gr, Apgar 9/9, pHa: 7,19) y del segundo mediante versión gran extracción (17:41, RN 2800 gr, Apgar 7/8, pHa: 7,27). Éste fue ingresado en UCIN por hipotonía y crisis convulsivas. Inicialmente se relacionó la clínica con un evento hipóxico durante el parto. Se realizó un TAC donde se visualizaban lesiones hipodensas en el hemisferio cerebral derecho fronto-parietal izquierdo compatible con infarto isquémico cerebral y hematoma subdural derecho sin líneas de fractura.

Por ello, tanto el análisis de los gases en cordón umbilical como la lesión del TAC al nacimiento, indican que dicho infarto sucedió previo al parto, puesto que una lesión acontecida durante el periodo de dilatación o expulsivo no es visible en las primeras 48 horas postparto.

## **TITULO:** 15 - PATOLOGIA NEONATAL DE CAUSA TRAUMATICA

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN Y, KREUTZER T, GUTIÉRREZ GARCÍA LE, FIGUERAS FALCÓN T, MARTEL SANTIAGO C, VALLE MORALES L.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El trauma obstétrico son lesiones producidas en el feto durante el trabajo de parto y en el nacimiento. Éstas son provocadas por fuerzas mecánicas. Según el tipo de parto, se describen tasas de trauma en partos eutócicos 14 por mil, en ventosas 71 por mil, en fórceps 56 por mil y en cesáreas 8,6 por mil.

El más frecuente es el cefalohematoma. Dentro de las hemorragias, se pueden dividir en:

Subdural: Frecuente en gestaciones a término, no es común y se trata de una patología seria por lesiones de vasos venosos. Whirby, en 2004, descubrió hemorragias subdurales en el 6% de los partos espontáneos. Subaracnoidea: Más frecuente en pretérminos, es común y benigna, generalmente debido a evento hipóxico. Intracerebral e intraventricular: Frecuente en pretérminos, son patologías serias de origen multifactorial.

Los traumatismos fetales se relacionan con el parto instrumental, sin embargo, están descritos casos de hemorragia e incluso de fracturas craneales tras partos eutócicos. El American College of Obstetricians and Gynecologists en el año 2000 señala que el uso apropiado del fórceps o ventosa no desencadena un incremento de hemorragia intracraneal u otras lesiones neonatales.

Presentamos el caso de una cuartigesta con un parto eutócico anterior y dos abortos, con gestación de curso normal que ingresa con 41 semanas en dilatación completa. Tras parto eutócico de 7 minutos de pujos activos, nace un varón de 3050 gramos, Apgar 9/9, pHa: 7,25, EB:-3 que es trasladado a nidos. A las 40 horas de vida se objetiva una ptosis parpebral y midriasis del ojo derecho por lo que ingresa en UCIN ante sospecha de afectación del III par craneal. Se realizó un TAC donde se visualizaba un hematoma subdural hemisférico derecho que requirió una craneotomía descompresiva con evacuación de hematoma. Se amplió el estudio descartando alteración de la coagulación y malformación vascular.



**TITULO:** 16 - SINDROME DE CONGESTION PELVICA EN LA MUJER: DESCRIPCION DE UN CASO CLÍNICO.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN, Y., LASECA MODREGO, M., OCÓN PADRÓN, L., OBREROS ZEGARRA, L., SEARA FERNÁNDEZ, S., RIVERO BATISTA, C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El síndrome de congestión pélvica se trata de la condición clínica caracterizada por la presencia de dolor pélvico crónico y una semiología particular asociada a la aparición de varices y dilatación de los vasos venosos pélvicos. Datos disponibles sugieren que afecta a un 15-20% de mujeres de entre 18-50 años, aunque puede darse de forma menos frecuente, en edades pediátricas. Se trata de una entidad clínica poco conocida por lo que su manejo, en ocasiones, es inadecuado. Es un problema que genera 1 de cada 10 visitas ginecológicas y supone entre el 15 y 40% de las laparoscopias, además del 12% de las histerectomías en EEUU. El método diagnóstico estándar es la venografía selectiva ovárica. Puede ser tratado de manera satisfactoria empleando, desde un tratamiento médico con progestágenos, hasta un manejo quirúrgico laparoscópico o laparotómico de ligadura de venas ováricas bilaterales o histerectomía con salpingooforectomía; o mediante tratamientos de intervención radiológica, como la embolización selectiva de vasos venosos pélvicos.

Se presenta un caso de una paciente mujer de 12 años con antecedentes personales de afecta del factor V de Leyden en heterocigosis y fue intervenida de apendicitis aguda hace 5 años cuyo estudio de la anatomía patológica tras la cirugía, describe un apéndice normal. Consulta por un cuadro de dolor pélvico crónico, presentando folículos hemorrágicos de repetición y un episodio de trombosis de la vena ovárica derecha. Tras varios ingresos hospitalarios, se realizan un TAC y una ileocavografía y se objetivan varices de los vasos pélvicos siendo diagnosticada de un síndrome congestivo pélvico. La paciente evolucionó satisfactoriamente tras someterla a una embolización de las venas ováricas bilateral con etoxisclerol, colocación de coils e iliocavografía posterior de control, que informaron como satisfactoria. Se mantuvo en tratamiento con progestágenos en pauta continua siendo dada de alta a los 6 meses.

**TITULO:** 17 - ANOMALIAS DE LA INSERCIÓN PLACENTARIA COMO CAUSA DE HISTERECTOMÍA PUERPERAL. CASO CLÍNICO.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN, Y., HERNÁNDEZ PÉREZ, D., LASECA MODREGO, M., VALLE MORALES, L., RODRÍGUEZ GUEDES, A., GARCÍA HERNÁNDEZ, J. A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

La incidencia de la histerectomía puerperal oscila entre un 1 y un 1,5 por mil. Antiguamente su principal indicación era la atonía uterina. Actualmente ha pasado a ser la anomalía de la inserción placentaria, en concreto, el acretismo placentario. El grado de invasión placentaria viene definido por el análisis histopatológico de la invasión miometrial, aunque es posible que co-existan distintos grados de invasión en la misma paciente, de ahí, que el acretismo placentario puede definirse por criterios clínicos o quirúrgicos. La frecuencia de acretismo placentario ha aumentado debido al incremento en la tasa de cesáreas. En la actualidad se admite una incidencia de 2 por cada 1000 partos. El diagnóstico clásico del acretismo placentario es intraparto. Debido a la morbilidad asociada a esta patología, el diagnóstico precoz anteparto permitiría estar alerta aunque esto no siempre es posible.

Se presenta el caso de una paciente primigesta de 37 años sin antecedentes personales de interés, con una gestación de curso normal y de bajo riesgo, que ingresa en la semana 42 de embarazo para finalizar gestación por embarazo cronológicamente prolongado. Tras la inducción del mismo, se realiza la extracción fetal mediante fórceps. A los 30 minutos del mismo, no se produce el alumbramiento placentario por lo que se procede a una extracción manual de la placenta, no siendo posible al no encontrar plano de clivaje. Tras varios intentos, la paciente comienza con un leve sangrado y continua con una hemorragia aguda postparto, y ante la sospecha de una anomalía de la inserción placentaria, se indica realizar una intervención quirúrgica, teniendo como resultado una histerectomía puerperal. Durante la cirugía, los hallazgos macroscópicos impresionan de placenta pécreta por que se envía la pieza para estudio anatomopatológico. Finalmente, se confirmó el diagnóstico de sospecha. Tanto la paciente como el recién nacido presentaron buena evolución.

**TITULO:** 18 - DIAGNOSTICO PRENATAL DE SINDROME DE HIPOPLASIA FEMORAL-FACIES INUSUAL ASOCIADO A HEMIVÉRTEBRA SACRA.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN, Y., GARCÍA RODRIGUEZ, R., GARCÍA DELGADO, R., VEGA GUEDES, B., MEDINA CASTELLANO, M., GARCÍA HERNÁNDEZ, J. A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El síndrome de hipoplasia femoral-facies inusual o síndrome femoro-facial (SFF), es un síndrome extremadamente raro. La patogenia es desconocida, sin embargo, la asociación a gestantes con diabetes mellitus insulino-dependiente ha sido documentada hasta en un tercio de los casos. Para el diagnóstico se ha propuesto como criterios la presencia de la hipoplasia femoral asociado a anomalías craneofaciales, y si además existe otro defecto asociado como agenesia renal unilateral o defectos de la columna o del sistema nervioso central el diagnóstico es mucho más certero. El diagnóstico prenatal es posible, pero generalmente sólo del defecto femoral, siendo la mayoría de los casos diagnosticados postnatalmente.

Presentamos el caso de una secundigesta de 39 años, con un aborto previo, con diabetes mellitus tipo dos, de 17 años de evolución sin complicaciones asociadas, con una hemoglobina glicosilada de 11,6% (HBA1c) en el primer estudio analítico. En la ecografía de cribado del primer trimestre se objetiva un feto femenino con micrognatia importante con pabellones auriculares de implantación baja, siendo el resto de la anatomía fetal norma. El estudio bioquímico presenta BHCG de 0,3 MoM y PAPP-A de 0,5 MoM. Se realizó estudio del cariotipo fetal mediante biopsia de vellosidades coriales resultando 46 XX normal. En la semana 22+4 de gestación se objetiva un feto con micrognatia severa y agenesia de fémur derecho. Los pies impresionan de la malposición del 5º dedo hacia el exterior. En el sacro se objetiva una hemivértebra a nivel S3-S4, asociado a defecto cutáneo a dicha altura sin objetivarse defecto del tubo neural. Se diagnostica de síndrome de hipoplasia femoral y fascies inusual. Tras informar y asesorar a la paciente acerca del diagnóstico y el pronóstico, se decide realizar interrupción legal de la gestación. En el estudio anatomopatológico fetal y radiográfico postmortem de confirman los hallazgos descritos.

**TÍTULO:** 19 - METASTASIS EN MAMA DE CARCINOMA RENAL DE CELULAS CLARAS. A PROPOSITO DE UN CASO CLÍNICO.

**AUTORES:** GARCÍA DE ARMAS, L; CONTRERAS GONZÁLEZ, B; RAMOS MOJICA, T; LORENZO BELLO, C; PEÑA LUIS RAVELO, AC ; GALLARDO AROZENA, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**INTRODUCCIÓN** La localización más usual de las metástasis del carcinoma renal son por orden de frecuencia el pulmón, huesos, hígado, cerebro y piel. Son muy infrecuentes las metástasis en mama de tumores extramamarios, están descritos muy pocos en la literatura internacional.

**CASO CLÍNICO** Mujer de 70 años con antecedentes personales de nefrectomía radical izquierda por carcinoma de células claras pT3 + ablación por radiofrecuencia de masa renal derecha. Exéresis de cola pancreática y esplenectomía por afectación tumoral renal. Segmentectomía hepática metastásica en 2015. Histerectomía + doble anexectomía + QT + braquiterapia por adenocarcinoma de endometrio pT1bN0. Es remitida a patología de mama por imagen radiológica sospechosa. Exploración: mamas grandes, simétricas, CAP normales. No se palpan nódulos ni adenopatías. Mamografía: Mama izquierda con nódulo de bordes espiculados en CSI de 1 x 1,1 cm, BIRADS 4. Ecografía axilar: negativa. BAG: Metástasis de carcinoma renal de células claras grado I. Tratamiento: tumorectomía con localizador en CSI de mama izquierda.

**DISCUSIÓN** En pacientes ya intervenidos de nefrectomía , un diagnóstico basado en la biopsia preoperatoria permite aplicar el mejor tratamiento. Si se compara con tumores primarios de mama, en caso de metástasis, es inútil perseguir márgenes amplios quirúrgicos. La biopsia del ganglio centinela carece de sentido, debido a la fisiopatología del proceso.

**CONCLUSIONES** Las metástasis en mama oscilan de 0.5% al 2%. Las procedentes de un carcinoma renal, son un fenómeno raro, aunque se deben tener en cuenta en pacientes con historia de carcinoma renal. La vía de diseminación es hematógena debido a que están muy bien vascularizados. La inmunohistoquímica es fundamental para establecer el diagnóstico exacto

**TÍTULO:** 20 - ALTERACION DEL DOPPLER UMBILICAL EN III TRIMESTRE EN FETOS CON TRISOMÍA 21

**AUTORES:** MONTENEGRO DEL MORAL M, GARCÍA MONTES DE OCA A, CONTRERAS GONZÁLEZ B, PEREZ DE LA ROSA B, BERNALDO DE QUIRÓS I, ALVAREZ DE LA ROSA M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

**Introducción:** El Doppler patológico en la arteria umbilical (AU) es un signo de insuficiencia placentaria que presentan los fetos con retraso del crecimiento intrauterino (CIR). Los fetos con trisomía 21 suelen tener menor peso al nacer que los no afectados, pero no siempre por debajo del percentil 10. Se ha observado Doppler umbilical patológico en fetos con trisomía 21 con o sin otras malformaciones, especialmente cardíacas. Se cree que la aneuploidía conlleva alguna anomalía placentaria diferente a la insuficiencia clásica del CIR que explicaría el Doppler AU patológico en ausencia de cardiopatía o CIR.

**Métodos:** Se trata de una revisión retrospectiva de las características del Doppler feto-placentario en el III trimestre de 4 gestaciones afectas de trisomía 21.

**Resultados:** las cuatro gestantes tenían menos de 40 años, en sólo una de ellas se conocía el diagnóstico de forma prenatal, las otras tres fueron falsos negativos del cribado del I trimestre. En los cuatro casos el IP AU fue superior al Pc95 e incluso adiestático en el III trimestre. Ninguno de los fetos fue CIR ni tenían otras malformaciones extracardíacas, sí presentaban marcadores tales como pielectasia o foci, y dos tenían un canal AV incompleto. Todos los casos se confirmaron mediante cariotipo tras el parto.

**Conclusiones:** el Doppler umbilical adiestático en III trimestre, en ausencia de cardiopatía o CIR y especialmente ante el hallazgo de marcadores de aneuploidía, puede sugerir trisomía 21.

## **TITULO:** 21 - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DURANTE LA GESTACION

**AUTORES:** ESCAMILLA GALINDO EP, GARCÍA PÉREZ M, ROMERO REQUEJO A, MOLO AMOROS C, ROMEU MONSTERRAT S, GARCÍA HERNÁNDEZ JA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **Objetivo:**

Analizar el diagnóstico y tratamiento del infarto agudo de miocardio (IAM) durante la gestación.

### **Casos clínicos:**

El primer caso se trata de una gestación gemelar conseguida mediante fecundación in vitro, que cursa con una angina vasoespástica en la sexta semana. Fue tratada con ácido acetilsalicílico y betabloqueantes y se realizó un cateterismo, con evolución posterior adecuada. Se finaliza la gestación en la semana 35 mediante cesárea electiva por diagnóstico de feto CIR en el segundo gemelo.

El segundo caso se trata de una gestante de bajo riesgo, que presenta un IAM isquémico en la semana 33, precisando dos cateterismos y revascularización con stent, con evolución del cuadro hacia una taquicardia-fibrilación ventricular por lo que precisó extracción fetal urgente. La evolución puerperal posterior fue tórpida, presentando tormenta arrítmica y sepsis puerperal. Tras 38 días de ingreso la paciente se recupera aunque persisten secuelas de miocardiopatía isquémica e insuficiencia mitral.

Ambos recién nacidos se encuentran bien.

### **Conclusión:**

El IAM es un evento raro pero letal, que requiere un manejo multidisciplinar.

La etiopatogenia se relaciona con aterosclerosis coronaria, patología materna predisponente (HTA, DM, trombofilia, obesidad), factores de riesgo obstétricos (multiparidad, trombofilia, estados hipertensivos del embarazo) sumados a hipercoagulabilidad de la gestación y los cambios hormonales que predisponen a patología coronaria.

El diagnóstico puede ser muy difícil dada la baja incidencia y la presentación atípica, además de que pruebas como el ECG o el ecocardiograma puede verse modificado de forma fisiológica durante la gestación normal. Para el diagnóstico definitivo, la prueba gold standard es el cateterismo, que permite determinar la localización, severidad de la lesión, con posibilidad terapéutica añadida.

La vía del parto de elección es la vaginal tras 2 o 3 semanas del evento, aunque se debe individualizar cada caso.

**TITULO:** 22 - RESECCION ENDOMETRIAL HISTEROSCOPICA E INSERCION DE DIU-LNG EN EL SANGRADO UTERINO ANORMAL REFRACTARIO A TRATAMIENTO MÉDICO

**AUTORES:** GALLARDO AROZENA M, CONTRERAS GONZÁLEZ B, GARCÍA MONTES DE OCA A, ELSNER HERNÁNDEZ N, MOLINA BETANCOR A, MÉNDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**Introducción:** El sangrado uterino anormal es motivo de consulta frecuente en nuestra especialidad. La ablación endometrial por histeroscopia fue la primera alternativa quirúrgica a la Histerectomía y la aparición posterior del Dispositivo Intrauterino liberador de Levonorgestrel disminuyó de forma importante la práctica de ambas técnicas. Tanto la resección endometrial como el dispositivo intrauterino son alternativas útiles y compatibles en pacientes con patologías ginecológicas benignas que provocan sangrado y en quienes han fallado los tratamientos médicos habituales, y por lo tanto son candidatas a histerectomía. La Adenomiosis, sin embargo, constituye un nicho clínico que se acompaña con frecuente expulsión del Dispositivo por un lado, con una importante tasa de recidiva de la clínica tras ablación endometrial por otro.

**Objetivo:** Evaluar los resultados del tratamiento del sangrado uterino anormal refractario a tratamiento médico, con resección endometrial histeroscópica asociado a la inserción de un sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel en el Hospital Universitario Nuestra Señora De La Candelaria.

**Método:** Estudio retrospectivo de 46 pacientes con sangrado uterino anormal tratadas con resección endometrial histeroscópica seguida de inserción de un dispositivo intrauterino que libera 50 microgramos diarios de levonorgestrel entre Mayo de 2007 y Junio de 2016.

**Resultados:** En 40 de las 46 pacientes tratadas se obtuvo un resultado favorable respecto al control del sangrado, sin embargo 6 pacientes requirieron histerectomía posterior (13.1%). De las pacientes histerectomizadas, 2 tenían diagnóstico anatomopatológico de adenomiosis (33.3%).

**Conclusión:** Asociar a la resección endometrial histeroscópica la inserción de un sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel mejora los resultados de la cirugía conservadora pudiendo evitar la histerectomía en el 86.9% de las mujeres con sangrado de causa benigna. La terapia combinada presenta buenos resultados en pacientes que habían fracasado sólo con la realización de una de ellas.

**TITULO:** 23 - INTERVENCIONES PARA REDUCIR LA TASA DE MUERTE FETAL DE CAUSA INEXPLICABLE EN NUESTRO MEDIO

**AUTORES:** GALLARDO AROZENA M, RAMOS MOJICA T, RODRÍGUEZ ZURITA A, SUÁREZ RAMOS T, DE LUIS ESCUDERO JF, MÉNDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**Introducción:** La muerte fetal de causa desconocida es aquella que no puede ser explicada por una causa identificable fetal, materna, placentaria o de etiología obstétrica. En la literatura los datos varían entre un 21% - 60% de todas las muertes fetales (dependiendo de los sistemas de clasificación y de la evaluación del recién nacido). El estudio sistemático de las posibles causas del éxitus antenatal es básico para conseguir un correcto consejo perinatal y futuro. Aunque no existe una guía de estudio consensuada, su necesidad es universalmente aceptada, ya que está demostrado que disminuye la tasa de muertes inexplicadas. Por ello en el año 2012 se implanta en el HUNSC el protocolo asistencial de la muerte fetal anteparto (MFA) y se crea en 2014 la Consulta de Cierre de Casos Obstétricos.

**Objetivo:** Analizar la tasa de muerte fetal inexplicable en los últimos años y si ha habido una disminución de la misma desde la implantación del protocolo en el HUNSC.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo recogiendo los casos de MFA desde Enero 2014 hasta la actualidad. Se ha analizado la TMFA y las causas de la muerte en relación a los resultados anatomopatológicos, estudio citogenético y serología materna. Se ha utilizado la clasificación ReCoDe (relevant condition at death) para agrupar las posibles causas de MFA.

**Resultados:** La TMFA ha sido de 4.4/1000 siendo el 23.5% MFA de causa inexplicable. El resto de las causas comprenden: fetales (47,1%), maternas (17.7%), placentarias (8.8%) y cordón (2.9%).

**Conclusión:** La aproximación etiológica debe incluir el estudio materno, fetal y placentario, siendo el estudio anatomopatológico de la placenta, la necropsia fetal y el estudio cromosómico fundamentales, pues nos han permitido alcanzar el diagnóstico en casi un 75% de los casos y el descenso significativo de la MFA inexplicable desde la implantación del protocolo y la consulta específica.



**TITULO:** 24 - CONSULTA DE CIERRE DE CASOS OBSTETRICOS. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE UN PROTOCOLO.

**AUTORES:** GALLARDO AROZENA M, CONTRERAS GONZÁLEZ B, GARCÍA MONTES DE OCA A, RODRÍGUEZ ZURITA A, DE LUIS ESCUDERO JF, MÉNDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**Introducción:** No existe una definición universalmente aceptada para la muerte fetal anteparto, la OMS lo describe como aquella que acontece antes de la expulsión o extracción completa de su madre de un producto de la concepción, con independencia de la duración del embarazo. La muerte fetal es un evento poco frecuente, pero de gran repercusión afectiva para los padres y su entorno. Por ello en el año 2012 se implanta en el HUNSC el protocolo asistencial de la muerte fetal anteparto y se crea en 2014 la Consulta de Cierre de Casos Obstétricos.

**Objetivo:** Revisar la pauta de actuación del protocolo específico de muerte fetal anteparto y analizar si ha sido factible el cumplimiento del mismo por parte de los facultativos.

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo de todas las pacientes citadas en la consulta de Cierre de Casos Obstétricos desde Febrero de 2014 hasta Julio de 2016. Se identifican los casos de muerte fetal anteparto y se revisa la aproximación etiológica mediante el estudio materno, fetal y placentario.

**Resultados:** Se han atendido 109 pacientes desde el inicio de la consulta por diferentes causas. En los casos de muerte fetal anteparto (31.2%) el cumplimiento del estudio anatomopatológico del feto y la placenta fue del 91% y 94% respectivamente, el cariotipo fetal se solicitó en el 79% de los casos, sin embargo, no hubo crecimiento celular en un 30%. La serología materna sólo está disponible en el 67% de los casos.

**Conclusión:** La muerte fetal intraparto es un problema sanitario complejo. Pese a la concienciación del personal sanitario implicado en la aproximación etiológica de la muerte fetal, aún queda camino por recorrer, sobre todo en el estudio de las causas maternas. Es importante valorar la posibilidad de realizar otras técnicas de genética molecular cuando no es posible obtener un cariotipo.

**TITULO:** 25 - EL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE LA AGENESIA PULMONAR FETAL

**AUTORES:** GALLARDO AROZENA M, GARCÍA MONTES DE OCA A, CONTRERAS GONZÁLEZ B, CHULLILLA PÉREZ C, DE LUIS ESCUDERO, MÉNDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

La agenesia pulmonar es una anomalía congénita rara, de causa desconocida, con prevalencia mayor en el lado izquierdo, que se caracteriza por ausencia total del parénquima pulmonar, bronquios y vasos pulmonares. Su incidencia estimada es de 1 por 10.000-15.000 autopsias. Puede presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones. En el 50% de los casos, sobre todo en aquellos con agenesia pulmonar derecha, está asociada a malformaciones cardiovasculares, músculo-esqueléticas, gastrointestinales y/o renales. El pronóstico es mejor cuando la agenesia pulmonar es unilateral izquierda y cuando están ausentes malformaciones cardíacas. Por lo tanto, el diagnóstico ecográfico prenatal es esencial para establecer el pronóstico fetal.

Las malformaciones cardiovasculares asociadas más frecuentes son el ductus arterioso persistente y el foramen oval permeable. Las malformaciones cardíacas complejas empeoran el pronóstico, como la hipoplasia del corazón izquierdo cuyo resultado sin tratamiento es fatal en casi el 100% de los casos.

Se presenta un caso clínico diagnosticado en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria de agenesia pulmonar derecha asociada a cardiopatía congénita compleja. Caso clínico: Paciente de 36 años sin antecedentes personales de interés. Tercigesta con un parto eutócico previo y un aborto. Gestación actual controlada con un screening de primer trimestre de alto riesgo para trisomía 21 (1/2). Se realiza FISH (negativo), Catch 22 (negativo) y cariotipo (46XX). En ecografía de la semana 16 se observa imagen de dextrocardia completa y ventrículo izquierdo hipoplásico, funcionando como corazón univentricular. La paciente solicita IVE. En el estudio anatomopatológico definitivo describe feto de sexo femenino de 16 + 3 semanas de gestación con agenesia de pulmón derecho, defecto del tabique interventricular e interauricular que ocasiona la imagen de aurícula única y ventrículo único, pulmón izquierdo hipertrófico.

**TITULO:** 26 - HEMORRAGIA INTRACRANEAL FETAL. DIAGNOSTICO ECOGRAFICO Y APROXIMACIÓN ETIOLÓGICA.

**AUTORES:** GALLARDO AROZENA M, GARCÍA MONTES DE OCA A, ELSNER HERNÁNDEZ N, CHULILLA PÉREZ C, DE LUIS ESCUDERO, MÉNDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

La hemorragia intracraneal fetal es un hallazgo poco frecuente y supone el 5% de la patología cerebral fetal. Puede ser secundaria a diversas causas: traumatismo, trombopenia fetal autoinmune, infección, episodios hipóxico-isquémicos (CIR, STFF, cardiopatías congénitas...), malformaciones vasculares e idiopáticas. Ante la sospecha ecográfica es importante ampliar el estudio con RMN y establecer la localización y extensión de la misma, ya que de ello dependerá el pronóstico fetal. No hay suficiente experiencia publicada para establecer un manejo y por tanto es necesario individualizar cada caso.

Se presentan dos casos clínicos diagnosticados en el Hospital universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Caso clínico 1: Paciente de 26 años. Primigesta con screening de 1º trimestre de bajo riesgo. En la semana 21 de gestación hallazgo ecográfico de ventriculomegalia bilateral e imagen sugestiva de hematoma en hemisferio cerebral derecho. Se realiza RMN que informa de infarto cerebral en el territorio de la arteria cerebral anterior y hemorragia interventricular derecha. Serología TORCH y cariotipo normales. No se identificaron anticuerpos antiplaquetarios. ANAs a títulos >1/1280 y trombopenia fetal (42000 plaquetas) que sugiere enfermedad autoinmune materna como causa de la hemorragia fetal. La anatomía patológica confirma el diagnóstico de infarto hemorrágico cerebral frontoparietal derecho.

Caso clínico 2: Paciente de 37 años. Antecedente de neurocisticercosis en 2005. Secundigesta con un parto eutócico anterior. Gestación de control extraclínico con un screening de 1º trimestre de bajo riesgo y una ecografía selectiva normal. Hallazgo ecográfico en la semana 28 de ventriculomegalia bilateral asimétrica con imagen de morfología irregular en hemisferio derecho. Se realiza RMN que sugiere hemorragia intracraneal grado III a nivel de plexo coroideo derecho e hidrocefalia secundaria obstructiva. La paciente solicita IVE. Serología TORCH y cariotipo normales. ANAs negativos. No se detectan anticuerpos antiplaquetarios. La anatomía patológica confirma área de hemorragia a nivel del hemisferio derecho sin signos de infiltrado inflamatorio.

**TITULO:** 27 - DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE ANOMALIAS FACIALES: FENOTIPO BINDER.

**AUTORES:** GALLARDO AROZENA M, CONTRERAS GONZÁLEZ B, ELSNER HERNÁNDEZ N, CHULLILLA PÉREZ C, DE LUIS ESCUDERO JF, MÉNDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

El Síndrome de Binder es una anomalía del desarrollo poco común caracterizada por una hipoplasia del tercio medio facial que conduce a un dimorfismo característico. No es una entidad sindrómica en sí misma, sino un fenotipo que puede presentarse de forma aislada o ser la expresión de múltiples patologías subyacentes.

Se describe por primera vez en 1939. Sin embargo, no es hasta el año 2000 cuando se realiza el primer diagnóstico prenatal por ecografía. Desde entonces, la serie más amplia publicada hasta el momento han sido 10 casos.

Se presentan dos casos clínicos diagnosticados ecográficamente en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria:

Caso clínico 1: Paciente de 34 años, con antecedente de epilepsia y mal cumplimiento terapéutico. Secundigesta con un parto eutócico anterior. Una gestación actual controlada con un screening de primer trimestre de bajo riesgo. Durante la ecografía selectiva se detecta perfil plano con ausencia del hueso nasal. Se solicita array-CGH con resultado normal. En ecografías posteriores se observa polihidramnios progresivo. Inducción en la semana 36+2 por RPM y cesárea urgente por RPBF. Recién nacido con hallazgo de opacidad corneal bilateral y colapso nasal que requiere realización de rinoplastia.

Caso clínico 2: Paciente de 30 años, sin antecedentes personales de interés. Tercigesta con un parto eutócico anterior y un aborto. Gestación actual controlada con un screening de primer trimestre de bajo riesgo. Durante la ecografía selectiva se detecta una hipoplasia medifacial con ausencia de hueso nasal y perfil facial plano. Se solicita array-CGH con resultado normal. En ecografías posteriores se observa polihidramnios progresivo y acortamiento cervical por lo que se indica la colocación de un pesario. Cesárea en la semana 38 por inicio de trabajo de parto y feto en presentación podálica. Recién nacido con hallazgos radiológicos sugestivos de condrodisplasia punctata.

**TITULO:** 28 - VERSION CEFALICA EXTERNA. UN PROCEDIMIENTO EFICAZ Y SEGURO PARA REDUCIR LA TASA DE CESÁREAS EN PRESENTACIONES NO CEFÁLICAS

**AUTORES:** YEPEZ MARTÍNEZ, S.; DE LUIS ALVARADO, M.; OBREROS ZEGARRA, L.; CABRERA MORALES, F.; ARMAS ROCA, M; ARENCIBIA MOLINA, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

La presentación podálica se observa en el 3-4% de las gestaciones a término.

La versión cefálica externa (VCE) es un procedimiento en el que mediante maniobras externas realizadas sobre el abdomen materno se transforma la presentación fetal en cefálica en aquellos fetos en posición diferente a ésta. Es un procedimiento seguro con una baja tasa de complicaciones. Reduce significativamente los partos en presentaciones no cefálicas, así como la tasa de cesáreas.

Puede realizarse a partir de la semana 36 de gestación. Se realiza de forma ambulatoria. Se estima que la tasa media de éxito de la versión se sitúa alrededor del 50-65%.

Se realizó un estudio retrospectivo sobre las versiones cefálicas externas realizadas en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias durante los años 2013-2015.

Se realizó la maniobra en 215 pacientes siendo exitosa en el 60% de los casos. El 11% de la pacientes presentaban como antecedente una cesárea previa. El 45% eran multíparas. La edad media de las pacientes eran 32 años (17- 46 años). Únicamente el 15% de las pacientes presentaban normopeso, un 43% tenía sobrepeso, llegando un 7% a presentar un IMC > 40. El 92% de los fetos se encontraban en presentación podálica, estando el 8% de ellos en situación transversa. La modalidad de nalgas más frecuente fue las nalgas puras. No se produjeron complicaciones mayores. No se indicó ninguna cesárea urgente. Se objetivó una mayor tasa de éxito de la versión si ésta se realizaba entre la 36 - 36+6 semanas de edad gestacional, en pacientes multíparas, si se palpaba la cabeza fetal y las nalgas no estaban encajadas.

En definitiva, la VCE se puede considerar como una técnica segura, útil, sencilla, bien tolerada por la paciente que reduce la tasa de cesáreas en fetos con presentación no cefálica.

**TITULO:** 29 - DOLOR ABDOMINAL COMO PRESENTACION CLINICA DE LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA EN ADOLESCENTES SEXUALMENTE INACTIVAS

**AUTORES:** YEPEZ MARTINEZ, S.; SANTANA MATEO, J.; ROMEU MONSERRAT, S.; GARCIA PEREZ, M.; EMERGUI ZRIHEM, Y.; GARCIA HERNANDEZ, J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

La Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) son infecciones del tracto genital superior que incluye: Endometritis, Salpingitis, abscesos tubo-ováricos, peritonitis pélvica, es una entidad poco frecuente en mujeres sin actividad sexual previa. Generalmente la infección asciende desde vagina o cérvix hasta el tracto genital superior. En la mayoría de los casos ocurre en el contexto de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) o con menor frecuencia secundaria a procedimientos invasivos uterinos, tras parto, extensión de órgano vecino, extensión hematógena. Entre los gérmenes con mayor frecuencia aislados están la Neisseria gonorrhoeae y la Chlamydia Trachomatis pero también podemos encontrar microorganismos de la flora vaginal (Anaerobios, Gardnerella Vaginalis, Haemophilus Influenzae, Enterobacterias). Normalmente se presenta entre un 10-13% de las mujeres entre 15 a 40 años de edad.

La EPI es un cuadro infeccioso con importantes repercusiones en la salud sexual y reproductiva de la mujer ya que tiene repercusiones a largo plazo como son esterilidad, embarazo ectópico, dolor pélvico crónico.

Presentamos el caso clínico de una paciente de 14 años de edad, sin antecedentes de relaciones sexuales, que acudió al servicio de urgencias ginecológicas por cuadro de dolor abdominal, febrícula y vómitos. Fue diagnosticada de absceso tubo-ovárico derecho que se resolvió con tratamiento antibiótico intravenoso hospitalario y drenaje del mismo por vía laparoscópica, la paciente evoluciona satisfactoriamente permaneciendo afebril durante todo el postoperatorio. La paciente es dada de alta al tercer día de la intervención.

**TITULO:** 30 - TRATAMIENTO CON IMIQUIMOD DE LESIONES CERVICALES DE ALTO GRADO. ESTUDIO PRELIMINAR.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN Y, MEDINA RAMOS N, CARBALLO RASTRILLA S, BENITO REYES V, ESPARZA MARTÍN M, LUBRANO ROSALES A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**OBJETIVO:**

Valorar la eficacia en la reducción y mejora de las lesiones intraepiteliales de alto grado al aplicar Imiquimod en la superficie cervical.

**MATERIAL Y METODO:**

Estudio descriptivo prospectivo de 34 pacientes sometidas a tratamiento con Imiquimod cervical por presentar una lesión de alto grado entre enero de 2014 y mayo de 2016.

Tras confirmación histológica, se aplica 12, 6 mg de Imiquimod cada 2- 3 semanas guiado por colposcopia.

El primer control se realizó entre 1 y 4 meses, en función de los hallazgos colposcópicos.

Se analizan características epidemiológicas, número de dosis aplicadas, efectos secundarios, resultados del primer y último control, respuesta al tratamiento, tratamiento por persistencia de las lesiones de alto grado

**RESULTADOS:**

La edad media fue de 25,8 años (20-37 años), el VPH 16 está presente sólo o asociado en el 71,8%, el 40% se vacunó durante el seguimiento, el tiempo medio del primer control se estableció en tres meses con los siguientes resultados: 45% persistía lesión de alto grado, el 28% una lesión de bajo grado y el 27% no presentó lesiones.

El promedio de aplicaciones fue de 5 (2-10), con tres casos (8,8%) de efectos secundarios, dos con lesiones irritativas que precisaron suspensión y una con irritabilidad leve y febrícula.

En 8 casos (25%) se le realizó conización por persistencia de lesión de alto grado.

De los 24 casos restantes actualmente: 3 casos alto grado (12,5%), 8 bajo grado (33%), 10 negativa(41%), 3 casos pendiente de primer control.

**CONCLUSIONES:**

Podemos concluir inicialmente que el Imiquimod es un tratamiento seguro y bien tolerado, con una respuesta aceptable en la disminución y eliminación de las lesiones de alto grado. Esto permite una mayor tranquilidad en la paciente, un seguimiento con un intervalo más prolongado y evita de entrada una intervención quirúrgica con los posibles efectos adversos ya conocidos.

**TITULO:** 31 - MODELO Y EXPERIENCIA EN FORMACION DE TECNICAS LAPAROSCÓPICAS PARA GINECOLOGÍA UTILIZANDO TECNOLOGÍA DE SIMULACIÓN VIRTUAL: PROPUESTA DE UNA PLATAFORMA DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A.; MARTÍN MARTÍNEZ A.; PÉREZ MORALES E.; RODRÍGUEZ FLORIDO M.A.; OJEDA MATÍAS R.; GARCÍA HERNÁNDEZ J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Nuestro programa de formación y de entrenamiento se ha realizado durante los años de residencia utilizando la plataforma software Lapsim y el dispositivo Simball. Esta plataforma de simulación virtual, con el objeto de desarrollar una habilidad (tocar, coger, cauterizar, anudar, grapar, etc.), representa escenarios o situaciones quirúrgicas en una pantalla de ordenador. El usuario, conectado a un sistema periférico, en nuestro caso el Simball, controlado por él mismo, interacciona con los escenarios quirúrgicos. Utilizando esta plataforma de simulación, los residentes han entrenado de manera habitual durante su período de formación MIR realizando ejercicios implementados ya en el simulador y configurados por nuestro grupo. Cada ejercicio, con unos parámetros de configuración propios y personalizados al potencial asistente, está enfocado a entrenar unas habilidades concretas mediante la medición de estos parámetros vinculados a la habilidad. Basada en los procedimientos quirúrgicos de la especialidad, las habilidades y parámetros considerados para el presente trabajo son: elevar y capturar, cortar, ligadura virtual y salpinguectomía virtual.

**RESULTADOS:** Hay una disminución de las medias aritméticas de las métricas en cada intento de cada uno de los parámetros tenidos en cuenta en la habilidad estudiadas: elevar y capturar, cortar, ligadura virtual y salpinguectomía virtual.

**CONCLUSIONES:** Del análisis de los resultados expuestos arriba, se desprende que el entrenamiento continuado hace que las métricas obtenidas en los parámetros utilizados para evaluar las habilidades mejoren. Esto implica que, a priori, un estudiante MIR incluido en un programa de formación de técnicas de habilidades laparoscópicas con tecnología de simulación virtual, adquiere unas habilidades que le permite enfrentarse a la práctica en quirófano real, de manera ventajosa en relación a aquél que no.



**TÍTULO:** 32 - CARCINOMA ENDOMETRIOIDE DE ENDOMETRIO EN MUJERES MENORES DE 45 AÑOS CON CICLOS ANOVULATORIOS, A PROPOSITO DE 3 CASOS CLÍNICOS EN EL HUC.

**AUTORES:** ROSALES AEDO O., PÉREZ CONDE L., GONZÁLEZ MARÍN A.E., MENDOZA ROMERO L., PÉREZ DE LA ROSA B., MENDOZA CRUZ C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

## INTRODUCCIÓN

Se muestran tres casos de pacientes jóvenes que presentaban ciclos anovulatorios y baches amenorreicos que presentaron cáncer endometrial.

## CASOS CLÍNICOS

Paciente nuligesta de 34 años, antecedente de SOP y obesidad, consulta por hipermenorrea y ecográficamente presenta engrosamiento endometrial, realizándose histeroscopia diagnóstica y biopsia con resultado adenocarcinoma endometrioide de endometrio. Se realiza histerectomía con doble anexectomía. Presentaba estadio pT1b por lo que se añadió radioterapia.

Paciente nuligesta de 45 años, con antecedente de madre con cáncer endometrial, que consulta por spotting y se visualiza ecográficamente patrón de ocupación; se realiza Cornier y su resultado es adenocarcinoma endometrioide de endometrio, por lo cual se realiza Histerectomía con doble anexectomía por laparoscopia, presentando estadio pT1b por lo que se añadió radioterapia.

Paciente de 39 años, con diagnóstico reciente de CCR y menstruaciones irregulares, que consulta por sangrado durante 3 meses. Se visualiza endometrio engrosado y se realiza biopsia endometrial que muestra adenocarcinoma endometrioide de endometrio, que en estudio de extensión mostró afectación peritoneal, hepática e ilíaca. La paciente decide no tratarse, falleciendo tras 4 meses.

## CONCLUSIONES

La anovulación crónica permite la proliferación endometrial, que puede evolucionar a hiperplasia endometrial o carcinoma. El mayor factor de riesgo asociado a carcinoma endometrioide de endometrio es el exceso de estrógeno sin adecuada exposición a progesterona. El SOP es el desorden endocrinológico más comúnmente asociado. Las mujeres obesas son más propensas a desarrollar carcinoma endometrial (1). Las mujeres menores de 50 años que desarrollan cáncer de endometrio frecuentemente presentan factores de riesgo como obesidad o anovulación crónica (2).

1. Renehan AG, et al. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet* 2008; 371:569.
2. Lachance JA, et al. The effect of age on clinical/pathologic features, surgical morbidity, and outcome in patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2006, 101:470.

**TITULO:** 33 - ¿ EXISTEN NUEVOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LOS DESGARROS PERINEALES SEVEROS?

**AUTORES:** LASECA MODREGO M., GUTIÉRREZ GARCÍA L., FIGUERAS FALCÓN T., RAMÍREZ GARCÍA O., DE LEÓN SOCORRO S.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo.**

Identificar los posibles factores de riesgo asociados con los de desgarros severos perineales y compararlos con los descritos en la literatura, con el fin de identificar prácticas laborales modificables y mejorar nuestra atención.

**Material y métodos.**

Estudio retrospectivo realizado en nuestro Hospital, desde el periodo comprendido entre 01/06/2014 hasta 01/07/2015. Se incluyeron todas aquellas mujeres que tuvieron un parto vía vaginal complicado con un desgarro de III o IV grado. Se estudiaron un total de 21 variables.

**Resultados.**

Durante este periodo se atendieron un total de 4995 gestantes, 4393 tuvieron un parto vaginal (87.9%). El 77% finalizó en parto eutócico mientras que el 10.9% fue mediante parto instrumental.

Un total de 74 pacientes fueron diagnosticadas de un desgarro de III o IV grado que corresponde al 1.68% de todos los partos vía vaginal.

En cuanto a las variables del parto, el 70% tuvo un inicio espontáneo del mismo y el tiempo de dilatación medio fue de 6.6 horas. El 39.2% de los partos fueron eutócicos mientras que el 60.8% se trató de partos instrumentales mediante fórceps. Respecto al tipo de asistente el 43% fueron atendidos por personas en formación.

Si analizamos el subgrupo de partos eutócicos, en menos de la mitad de los casos la posición materna fue litotomía (41.4%), se realizó protección activa del periné en el 51.7% y episiotomía en el 27.6%.

**Conclusión.**

Aunque los partos instrumentales presentan una incidencia mayor de desgarro severo que los partos eutócicos, la mayor proporción de partos eutócicos en la población, hace que el 39.2% de los desgarros severos se produzca en partos de bajo riesgo obstétrico.

Existen actitudes modificables como son la posición materna, la protección activa del periné y el tipo de asistente adecuado para cada parto que ayudarían a reducir el número de desgarros severos.

**TÍTULO:** 34 - INGRESOS DE RECIÉN NACIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, AÑO 2015.

**AUTORES:** LASECA MODREGO M., SUÁREZ GUILLÉN V., GUTIÉRREZ GARCÍA L., FIGUERAS FALCÓN T., VALLE MORALES L., RAMÍREZ GARCÍA O.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo.**

Analizar los ingresos de recién nacidos (RN) a término sin malformación fetal en la Unidad de Neonatología así como analizar los casos de mortalidad neonatal en nuestro hospital durante el año 2015.

**Material y métodos.**

Estudio retrospectivo observacional de los RN a término con ingreso en neonatología durante este periodo.

**Resultados.**

Durante el año 2015 se registró un total de 4565 partos con 4668 RN. 69 de los neonatos a término, sin malformación fetal, fueron ingresados en UCIN, (1,4%)

Tras analizar las características maternas y de la gestación observamos que el 47,8% eran primigestas y el 30% presentaron algún antecedente médico importante.

Con respecto al inicio del parto el 52% fueron inducidos, un 25% cursaron con corioamnionitis o fiebre intraparto y un 43% finalizaron su gestación mediante cesárea (73% RPBF).

Tras analizar los datos al nacimiento, 39% tuvieron una puntuación de Apgar a los 5 minutos inferior a 7 y el 20% un pH arterial inferior o igual a 7.

De los neonatos ingresados en UCIN el 4,3% fueron sometidos a hipotermia.

Si atendemos a la mortalidad neonatal, la podemos dividir en:

Mortalidad anteparto (2,57 ‰). El 42% correspondieron a gestantes con una edad materna  $\geq$  a 35 años y el 26,3% una edad gestacional  $\geq$  a 37 semanas.

Mortalidad intraparto (0,21 ‰) debido a 1 caso de rotura de vasa previa.

Mortalidad neonatal precoz (0,64‰). Hubo 3 casos de mortalidad neonatal precoz y 3 casos de mortalidad tardía.

Siendo la Mortalidad perinatal total 3,21‰.

**Conclusiones.**

La tasa de ingresos en la UCIN en RN a término sin malformación se situó durante el año 2015 en un 1,4%. El 33% correspondió a encefalopatía hipóxica isquémica o depresión neonatal.

Se objetivó una tasa de mortalidad neonatal precoz del 3,1‰ RN. Datos que nos sitúan por debajo de lo registrado en la literatura.

**TITULO:** 35 - MIOCARDIOPATIA PERIPARTO Y PREECLAMPSIA SEVERA: UNA FISIOPATOLOGÍA ANTIANGIOGÉNICA COMÚN.

**AUTORES:** GARCÍA MONTES DE OCA, A.; GALLARDO AROZENA, M.; RAMOS MOJICA, T.; RODRÍGUEZ ZURITA, A.; CAAMIÑA ÁLVAREZ, S.; BERNALDO DE QUIRÓS HUGUET, I

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

La miocardiopatía periparto (MCP) es una forma infrecuente de insuficiencia cardíaca que aparece en mujeres que previamente no presentaban patología. Investigaciones recientes apoyan el concepto de una fisiopatología antiangiogénica común entre la preeclampsia (PE) y la MCP y hacen hincapié en la importancia de tomar conciencia de la estrecha relación que parece existir entre las dos entidades, considerando que ambas favorecen de manera significativa al aumento de la morbilidad y mortalidad de las gestantes. Así, el Soluble fms-like tyrosine kinase-1 (s-FLT1) (factor soluble de crecimiento endotelial vascular del receptor-1), parece ser un agente antiangiogénico con poder cardiotoxico, que aparece elevado tanto en la MCP como en la PE. Existe controversia en cuanto a la inclusión de pacientes con estados hipertensivos del embarazo entre los casos de MCP. Hasta la fecha, muchos estudios que abarcan esta patología han excluido mujeres con PE o eclampsia para evitar errores de clasificación. Sin embargo, dada la fuerte asociación que existe entre ambos procesos, parece recomendable, que las mujeres con PE no sean excluidas de los estudios futuros de la MCP. Presentamos un caso de PE severa y CIR precoz asociado a un cuadro de MCP. La fatal asociación entre la PE y la cardiomiopatía no diagnosticada, impidió que realizáramos un manejo adecuado y condujo a la descompensación de la función cardíaca de la paciente. La particularidad de este caso radica en la precocidad de aparición del cuadro, dada la temprana edad gestacional, y su rápida evolución.

**TITULO:** 36 - SIAMESES. EXPERIENCIA EN EL HUNSC**AUTORES:** GARCÍA MONTES DE OCA, A.; PEÑA LUIS-RAVELO, A.C.; RAMOS MOJICA, T.; ELSNER HERNÁNDEZ, N.; CHULILLA PÉREZ, C.; SIERRA MEDINA, N.**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

Los siameses aparecen en gestaciones gemelares monocigotas. Los gemelares monocoriales constituyen 2/3 de las gestaciones gemelares monocigóticas y se caracterizan por una división postimplantacional en fase de blastocisto. Los siameses representan menos del 1% de este tipo de gestación (1/50.000-100.000), produciéndose la división hacia los días 13-15 después de la fecundación, de modo que la división del disco embrionario es incompleta, dando lugar a gemelos unidos. Se clasificarán en función de la zona de unión, siendo lo más frecuente la unión ventral (87%): cefalópagos, toracópagos, onfalópagos, isquiópagos, parápagos. Las causas responsables de la tardía división son desconocidos, pero se ha visto que está en íntima relación con las técnicas de reproducción in vitro debido a la manipulación de la zona pelúcida. El diagnóstico se lleva a cabo en la ecografía del primer trimestre. Se ha visto una frecuencia de 3:1 con predominio en sexo femenino.

En el HUNSC se han recogido dos casos en los últimos 5 años. En ambos la edad materna no superaba los 30 años de edad y no había antecedentes personales de interés. En una de ellas, la gestación fue obtenida mediante técnica de reproducción (FIV). El momento del diagnóstico fue la ecografía realizada entre la semana 11 y 12, en ambos casos siameses toracópagos, uno de ellos toraco-onfalópago. La IVE fue la opción que se optó en dichas gestaciones.

**CONCLUSIONES**

Los siameses constituyen una forma muy infrecuente de gestación gemelar monocorial monoamniótica. En nuestro medio, se observa como resultado que en la mitad de los casos se relaciona con técnicas de reproducción. Como se recoge en la literatura, los siameses toracópagos (los más frecuentes en este tipo de gestación) fueron los encontrados.

## **TITULO:** 37 - INTERVALO INDICACION-EXTRACCION EN CESAREAS Y RESULTADOS PERINATALES

**AUTORES:** HERNÁNDEZ PÉREZ, D.; SÁNCHEZ PASTRANA, J.J.; GUTIÉRREZ GARCÍA, L.; FIGUERAS FALCÓN, T.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **INTRODUCCIÓN**

El intervalo indicación-extracción en cesáreas urgentes , se considera un indicador de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia , dada su influencia en los resultados perinatales inmediatos.

Actualmente no existe una clara evidencia sobre cuál es el punto de tiempo considerado como óptimo para el mismo. Se acepta el tiempo de hasta 30 minutos según la ACOG y Academia Americana de Pediatría.

Sin embargo, no existe consenso en cuanto a la mejoría en los resultados perinatales a pesar del cumplimiento del intervalo.

### **OBJETIVO**

Analizar el intervalo indicación-extracción en cesáreas urgentes por RPBF, evaluar la influencia de distintos factores anteparto e intraparto, y su repercusión en los resultados perinatales.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de 150 cesáreas urgentes por RPBF en 2014 en el CHUIMIC. La principal variable a estudiar fue el intervalo indicación-extracción. Se compararon distintas variables en dos grupos: el primero con un tiempo indicación-extracción  $\leq$  30 minutos y el segundo  $>$  30 minutos.

Se estudiaron distintas variables anteparto, intraparto y resultados perinatales.

### **RESULTADOS**

Se realizaron 150 cesáreas por RPBF. De ellas, 139 (92,66%) tuvieron un intervalo indicación-extracción  $\leq$  30 minutos, y 11 (7,33%)  $>$  30 minutos.

El valor medio de Apgar a los 5' en ambos grupos fue de 8. En el primer grupo hubo un 10% de casos con Apgar inferior a 7, sin casos en el segundo. El pH arterial medio fue más bajo en el primer grupo (7,07 vs 7,18), con un 6,5% de casos con pH inferior a 7, sin casos en el segundo.

El porcentaje de ingresos neonatales, fue mayor en el segundo grupo (56% vs 72%), sin casos de mortalidad perinatal.

### **CONCLUSIÓN**

Realizar cesárea en un tiempo superior a las recomendaciones de la ACOG y SEGO no se relaciona con un empeoramiento de los resultados perinatales.

**TITULO:** 38 - USO DE QUIMIOTERAPIA COMO TRATAMIENTO DEL CANCER DIAGNOSTICADO EN LA GESTACIÓN

**AUTORES:** SÁNCHEZ PASTRANA, J.J.; JIMÉNEZ MEDINA, C.; CAZORLA BETANCOR, M.; REYES RODRIGUEZ, M.I.; PAGÁN MARÍN, L.; ÁLVAREZ CUENOD, J.S.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN**

En las últimas décadas se ha producido un retraso en la maternidad por parte de la mujer, y esto, junto al hecho de un mayor riesgo de cáncer a mayor edad, lleva a un mayor número de casos de cáncer diagnosticados durante la gestación, con las repercusiones que sobre el embarazo y el feto puedan tener el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

**OBJETIVO**

Evaluar los resultados perinatales de las mujeres con diagnóstico de cáncer durante la gestación y que recibieron tratamiento con quimioterapia en el 2º-3º trimestre.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisó la historia clínica y obstétrica de las pacientes del CHUIMIC diagnosticadas de cáncer durante la gestación entre 2001 y 2016, así como los resultados perinatales de los recién nacidos.

**RESULTADOS**

Se incluyeron un total de 10 mujeres en el intervalo de revisión. La edad media de estas pacientes fue de 32.5 años (21-39). La media de edad gestacional al diagnóstico fue de 23.4 semanas (12-36), mientras que la media de edad gestacional al parto fue de 35.1 semanas (34-37.4). Se realizaron 7 inducciones, de las cuales 6 fueron programadas y otra fue por rotura prematura de membranas, y se realizaron 2 cesáreas, una programada y otra urgente por pie en vagina. En cuanto a los resultados perinatales, el peso medio al nacer fue de 2466 gramos (2080-2850).

**CONCLUSIÓN**

En base a nuestros resultados, parece observarse que el recibir quimioterapia durante el 2º-3º trimestre de gestación como tratamiento para el cáncer no parece tener influencia sobre el embarazo y los resultados perinatales, si bien se requiere un análisis más preciso de los resultados y un seguimiento a largo plazo de los recién nacidos.

## **TITULO:** 39 - ENFERMEDAD DE BOWEN EN LA MAMA

**AUTORES:** SÁNCHEZ PASTRANA, J.J.; JIMÉNEZ MEDINA, C.; CAZORLA BETANCOR, M.; REYES RODRIGUEZ, M.I.; ÁLVAREZ CUENOD, J.S.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **INTRODUCCIÓN**

El pronóstico y tratamiento del cáncer epidermoide de piel depende de factores como el tamaño de la lesión, profundidad de la invasión, localización y patrón histológico. Su origen principal es por exposición crónica a la luz solar.

La enfermedad de Bowen es un carcinoma epidermoide in situ que se manifiesta como una mácula eritematosa, fundamentalmente en áreas expuestas, por lo que su presencia en la mama es un rareza.

### **CASO CLÍNICO**

Mujer de 79 años, con antecedentes de HTA e hipotiroidismo, que consulta por una lesión eczematosa de unos 4 meses de evolución a nivel del pezón derecho, estable en el tiempo y con costra recurrente, con algún episodio de sangrado aislado. La exploración de la mama izquierda era normal, mientras que en la mama derecha destacaba la presencia de una lesión eczematosa de 0.5 cm a nivel del complejo areola-pezón. Se realizó exéresis de la misma, con resultado anatomopatológico de carcinoma epidermoide in situ (enfermedad de Bowen). Estudio mamográfico y ecográfico dentro de la normalidad (BIRADS 2). Se realiza seguimiento de la paciente, no existiendo evidencia de la lesión tras la exéresis de la misma en las visitas sucesivas.

### **DISCUSIÓN**

Si bien las principales consultas de la paciente por patología mamaria están en relación con el componente glandular de la mama, es importante tener en cuenta el componente cutáneo de la misma, y la posibilidad de existencia de patología a este nivel, como el carcinoma epidermoide in situ (Enfermedad de Bowen), cuya manifestación en la mama, aunque rara, es similar que en otras áreas corporales.



**TÍTULO:** 40 - CORRELACION ECOGRAFICA, HISTEROSCOPICA E HISTOLOGICA EN LA PATOLOGÍA ENDOMETRIAL.

**AUTORES:** ROMEU MONSERRAT, S.; YEPEZ MARTÍNEZ, S.M.; GARCÍA PÉREZ, M.; ALVAREZ CUENOD, J.S.; PÉREZ MORALES, M.E.; LABAO SAAVEDRA, L.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

#### Material y Métodos:

Estudio retrospectivo observacional. 1297 histeroscopias realizadas en HUMIC(enero 2014-agosto 2015).

Análisis descriptivo comparando hallazgos ecográficos e histeroscópicos entre sí y de ambos con resultados histológicos. Cálculo de sensibilidad y especificidad de ambas pruebas complementarias en diagnóstico de patología endometrial considerando el "gold standard" el resultado anatomopatológico.

#### Resultados:

Edad media de las pacientes: 53 años(50,1% menopáusicas).

Principal motivo de consulta: metrorragia postmenopáusica(91,2%). En premenopáusicas, sangrado uterino anómalo(78,3%).

Hallazgo ecográfico más frecuente: pólipo endometrial(59,1%), seguido del engrosamiento endometrial en menopáusicas(34,1%) y de miomas submucosos en no menopáusicas(21,4%).

El hallazgo ecográfico de pólipo endometrial se confirma en histeroscopia en un 82,2% (menopáusicas) y un 70,7%(no menopáusicas). El mioma submucoso se confirma en histeroscopia en 53,2%(menopáusicas) y en 77,5%(premenopáusicas).

En premenopáusicas el 40,9% de los endometrios engrosados fueron normales en la histeroscopia. En postmenopáusicas 55,2% resultaron pólipos endometriales y 19,9% sospechosos de neoplasia.

Diagnóstico histológico: pólipo endometrial(52,3%), endometrio normal(17,6%); mioma submucoso(10,6%).

En menopáusicas se diagnosticaron 44 cánceres endometriales(6,7%) y 20 hiperplasias con atipia(3,1%), con engrosamiento endometrial en ecografía(66,6%) e histeroscopia con endometrio neofornativo(67,9%). Todas presentaron sangrado postmenopáusico.

Se diagnosticaron 7 cánceres endometriales en premenopáusicas(1,1%) y 3 hiperplasias con atipia(0,5%), con pólipo endometrial en ecografía(59,1%) e histeroscopia endometrio neofornativo(45,4%) y pólipo endometrial(27,2%).

El engrosamiento endometrial diagnosticó 72,7% de cánceres endometriales postmenopáusicos.

La ecografía transvaginal tiene una sensibilidad del 95,5% y una especificidad del 17,5% en el diagnóstico de la patología endometrial. La histeroscopia mantiene la misma sensibilidad (96,7%) con mayor especificidad(61,8%).

#### Conclusiones:

La ecografía transvaginal supone una herramienta fundamental en la detección de patología endometrial. Su rendimiento diagnóstico podría optimizarse con la complementación de la histerosonografía.

La histeroscopia presenta una mayor precisión diagnóstica. Permite la visualización directa de la cavidad; la realización de biopsia dirigida y/o el tratamiento quirúrgico en el mismo procedimiento. Será el resultado histopatológico el diagnóstico definitivo.

**TITULO:** 41 - SINDROME DE MEGAVEJIGA-MICROCOLON-HIPOPERISTALTISMO INTESTINAL: CASO CLÍNICO.

**AUTORES:** ROMEU MONSERRAT, S.; LASECA MODREGO, M.; GARCÍA DELGADO, R.; GARCÍA RODRÍGUEZ, R.; ROMERO REQUEJO, A.; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Caso clínico**

Paciente de 40 años con antecedente de DM2, sextigesta con tres partos eutócicos, una cesárea y un aborto anterior. Remitida con 24,5 semanas de gestación para valoración de tumoración pélvica fetal.

En la ecografía se objetivó un feto femenino con megavejiga sin signos de afectación renal y con líquido amniótico normal.

En controles posteriores se visualiza un incremento progresivo del tamaño vesical asociado a polihidramnios y dilatación intestinal, sospechándose un Síndrome de Megavejiga-microcolon-hipoperistaltismo intestinal.

En la semana 40 nace una niña que es trasladada a nuestro Servicio de Neonatología a las 11 horas de vida, confirmándose postnatalmente la existencia de megavejiga e hipoperistaltismo intestinal. Permanece 4 meses ingresada.

Actualmente tiene 22 meses de vida. Se encuentra en seguimiento pediátrico por las Unidades de Gastroenterología con buena tolerancia oral, deposiciones adecuadas y regurgitaciones escasas; Nefrología con aparición en últimos controles de hidronefrosis grado IV secundaria a estenosis pieloureteral derecha; y Cardiología por antecedente de CIA e insuficiencia aortica, ya resueltas.

**Discusión**

La vejiga se visualiza como una masa esférica anecoica, cuyo volumen varía a lo largo de la exploración ecográfica, localizada en la pelvis fetal, entre las arterias umbilicales. Puede identificarse a partir de la semana 10 de gestación.

La megavejiga se define, en el primer trimestre, como un diámetro longitudinal vesical superior a 7mm o mayor del 10% del CRL. En el segundo y tercer trimestre, el diagnóstico incluye la vejiga distendida (>p95) o aumentada de tamaño sin vaciarse tras al menos 45 minutos. Presenta una incidencia de 1/1500 gestaciones.

El MMHS se caracteriza por una vejiga aumentada de tamaño sin causa obstructiva, microcolon e hipoperistaltismo intestinal. Es un defecto congénito, causado por una disminución del tono muscular en intestino y sistema urinario. Predomina en sexo femenino. El 90% fallecen en los primeros dos años de vida.

**TITULO:** 42 - INTERRUPCION DE LA GESTACION TRAS DIAGNOSTICO DE ANOMALIA DEL PEDÍCULO EMBRIONARIO Ó “BODY STALK”

**AUTORES:** RODRÍGUEZ GUEDES, A; GARCÍA ESCRIBANO P.A; GARCÍA RODRÍGUEZ, R; GARCÍA DELGADO, R.; CORTÉS CROS E; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Paciente de 43 años de edad, con antecedentes personales de Síndrome de Sjogren. Como antecedentes gineco-obstétricos septigesta con cuatro abortos (tres espontáneos precoces y otro tras amniocentesis), un parto vaginal (muerte fetal intrauterina) y una cesárea por RPBF de un recién nacido de 1800gr (feto CIR) que vive sano. Realizado estudio trombofilias con resultado negativo. Gestación actual espontánea, iniciado tratamiento con AAS 100 y heparina BPM así como yodo y ácido fólico. Acude a consulta con 13 semanas de gestación para realización de cribado de primer trimestre objetivando ecográficamente una gestación única activa intraútero. Siendo imposible tomar la medida craneocaudal fetal por la presencia de un feto malformado en su parte más distal. Se remite a la Unidad de Diagnóstico Prenatal de nuestro hospital para valoración. En esta ecografía de III nivel se objetiva un feto anormal, pegado a la placenta en su mitad inferior, con distorsión macroscópica y pérdida de las referencias anatómicas, gran defecto de la pared tóracoabdominal, escoliosis marcada, ausencia de vísceras abdominales y huesos pélvicos, defectos de ambos MMII, ausencia de movimientos fetales con posición fija en dorso anterior. Se diagnostica de “Body Stalk” (anomalía del pedículo embrionario) y tras informar a la pareja se tramita la Interrupción Legal de la Gestación. Confirmándose el diagnóstico tras estudio anatomopatológico. Se trata de una malformación rara y esporádica. Sin relación con edad materna, sexo fetal ni con TRA. Se caracteriza por las malformaciones anteriormente reseñadas. Existen varias teorías que explican su etiología siendo la teoría de la anomalía del disco germinal la más aceptada. Dado el mal pronóstico, el diagnóstico debe realizarse, idealmente, en el primer trimestre permitiendo ofertar de forma temprana la interrupción de la gestación. En la revisión bibliográfica realizada no se ha encontrado asociación de esta patología con enfermedades autoinmunes.

**TITULO:** 43 - CRIBADO BIOQUIMICO ALTERADO EN PRIMER TRIMESTRE:  
COMPLICACIONES GESTACIONALES Y RESULTADOS PERINATALES

**AUTORES:** RODRÍGUEZ GUEDES, A; SEGURA GONZÁLEZ, J; ORTEGA CÁRDENES, I;  
SANTANA SUÁREZ A, HERNÁNDEZ PÉREZ D; CORTÉS CROS E.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN  
CANARIA)

El cribado combinado se lleva a cabo para identificar, entre todas las gestantes, aquellas que tienen mayor riesgo de que el feto esté afecto de una cromosomopatía. Consiste en combinar edad materna con medida de la translucencia nucal fetal y el valor dos hormonas (PAPPA y b-HCG).

En la década de los noventa se planteó si los valores de estas hormonas además nos daba información sobre resultados perinatales. Las primeras publicaciones no encontraron asociación alguna, pero estudios posteriores si que encontraron asociación entre niveles disminuidos de PAPPA y bHCG en primer trimestre con mayor riesgo de resultados gestacionales y perinatales adversos.

Nosotros hemos llevado a cabo un estudio retrospectivo desde Enero 2011 a Diciembre 2014. Analizamos los resultados de un total de 801 pacientes divididos en 4 grupos en función del valor hormonal en primer trimestre: 1º grupo PAPPA<0,3 MoM (n 200); 2º grupo b-HCG <0,3MoM (n 202); 3º grupo bHCG >3 MoM (n 199) y 4º grupo control con valores hormonales dentro de la normalidad (n 200). Análisis estadístico SPSS v19. Significación estadística p .005.

Concluimos que en nuestra población de estudio el grupo de la PAPPA< 0,3 MoM presenta mayor tasa de crecimiento intraútero restringido, preeclampsia, Doppler uterinas alterado y parto prematuro siendo estadísticamente significativo.

En el grupo de la BHCG <0,3 MoM encontramos mayor tasa de crecimiento intraútero restringido. Y mayor tasa de parto prematuro. Siendo estadísticamente significativo.

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a abortos, MFA, malformaciones y resultados perinatales.

El grupo de la BHCG >3 MoM en primer trimestre presenta resultados similares al grupo control.

Este estudio nos ha permitido, en nuestra práctica clínica diaria, seleccionar pacientes con riesgo de presentar resultados perinatales adversos y por tanto realizar un control exhaustivo durante la gestación detectando precozmente cualquier complicación.

**TITULO:** 44 - MIOMA UTERINO GIGANTE Y SU EFECTO EN LA FERTILIDAD.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN Y, NIETO NAYA MA, SANTANA SUÁREZ MA, MACHADO RIDER Y, ESCAMILLA GALINDO EP, TORRES AFONSO MA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Los miomas uterinos constituyen el tumor ginecológico benigno más frecuente, apareciendo en el 20–40% de las mujeres en edad reproductiva. Su presencia se asocia con la esterilidad, pero es difícil medir el verdadero impacto de los miomas sobre ésta, pues aumenta con la edad al igual que los miomas. Tanto su localización como tamaño puede interferir en la fertilidad, sin embargo, el 11% de las mujeres estériles con miomas conciben espontáneamente, frente al 25% sin miomas. Durante la gestación pueden aumentar de tamaño o producir dolor abdominal por degeneración, es por ellos que su manejo es controvertido teniendo que individualizar en cada caso. La miomectomía parece la mejor opción de tratamiento, aunque teniendo que sopesar tanto sus riesgos como beneficios.

Se presenta el caso de una paciente de 35 años nuligesta que acudió a la consulta de ginecología con TAC que informaba de mioma intramural-subseroso de 7 centímetros y refiriendo dolor abdominal, sin hipermenorrea. Inicialmente se toma una actitud expectante dado su deseo genésico quedando gestante de forma espontánea. En el transcurso del embarazo, presentó un nuevo mioma que llega a crecer hasta 17 centímetros. En la semana 23+4 de gestación se produjo un aborto tardío por RPM previable y tras el mismo, en la ecografía de control se objetiva un mioma en fundus uterino intramural-subseroso de 8 centímetros ya conocido y una gran masa heterogénea de 17 centímetros, pudiendo tratarse de un mioma pediculado y necrosado/degenerado. Persistiendo deseo genésico, se propone miomectomía informándose de los riesgos de acabar en una histerectomía. Se realiza una miomectomía con alta dificultad y entrada en cavidad, cuya pieza quirúrgica se envía para estudio anatomopatológico de forma intraoperatoria que informan de tejido necrosado miomatoso. El postoperatorio cursó con buena evolución. Se deberá realizar una cesárea programada en caso de quedar gestante.

**TITULO:** 45 - SOSPECHA DE SINDROME DE BOHERHAAVE DURANTE LA GESTACION

**AUTORES:** ESCAMILLA GALINDO EP, SANTANA SUÁREZ A, EMERGUI ZIRHEN Y, SÁNCHEZ VILAR C, BENITEZ DEL CASTILLO N, GARCÍA HERNÁNDEZ JA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:**

Comentar un caso de sospecha de síndrome de Boerhaave durante el primer trimestre de la gestación.

**Caso clínico:**

Primigesta de 22 años que cursa con hiperemesis gravídica, precisa ingreso hospitalario en semana 10 y tras ser dada de alta acude a urgencias en la semana 13+5 por persistencia de la sintomatología a pesar de tratamiento domiciliario (metoclopramida/8h + doxilamina-piridoxina). La paciente refiere inflamación y dolor en zona anterior del cuello y tórax. Vómitos alimenticios, con hematemesis autolimitada.

- Abdomen depresible, no doloroso a la palpación. Útero acorde a edad gestacional.
- Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Tonos cardíacos rítmicos. Se palpa en tórax superior crepitación. Aumento de volumen en cuello y mandíbula con crepitación a la palpación.
- Eco abdominal: feto vivo, CRL correspondiente a 13+2 semanas, FCF positiva.
- Hb 13.5 g/dl, Hto: 40.3%, Leucos 21.100 (85.5% neutrófilos). Bioquímica: cloro 92 mm/l. Resto normal.

- Radiografía de tórax: Enfisema subcutáneo bilateral que diseca musculatura torácica y se extiende hacia fosas supraclaviculares y espacios cervicales. Neumomediastino y mínimo neumotórax apical bilateral.

Ingresa en Cirugía Torácica por sospecha de síndrome de Boerhaave. Realizan tratamiento conservador: ondansetron 4 mg IV y analgesia. La evolución es adecuada.

Diagnóstico: neumomediastino, enfisema mediastínico, neumotórax mínimo apical bilateral y enfisema subcutáneo.

Valorada al mes del inicio del cuadro donde se objetiva enfisema casi indetectable y es dada de alta, continuando el control de la gestación sin otros síntomas.

**Comentarios:**

El síndrome de Boerhaave es una rotura esofágica debida al aumento de presión intraluminal durante el vómito. Localización más frecuente: pared distal lateral izquierda. Enfermedad rara con alto índice de mortalidad 20-40%.

Dolor retroesternal y enfisema subcutáneo tras vómitos (tríada de Mackler) sugieren perforación aguda de esófago. Un retraso en el diagnóstico aumenta la morbimortalidad y pudiendo comprometer el pronóstico materno-fetal.

**TÍTULO:** 46 - TECNICA DE HAYMAN COMO ALTERNATIVA TERAPEUTICA DE LA HEMORRAGIA POSTPARTO POR ATONÍA UTERINA.

**AUTORES:** ÁLVAREZ CUENOD J; GIL GONZÁLEZ M; GUTIÉRREZ GARCÍA L; FIGUERAS FALCÓN T; AMARO ACOSTA A; HERNÁNDEZ PÉREZ D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** La hemorragia postparto (HPP) es aquella que se produce después de la expulsión completa del feto, y es capaz de producir signos y síntomas de hipovolemia o descompensación hemodinámica. La causa principal es la atonía uterina, cuyo tratamiento abarca desde el masaje uterino y medicación uterotónica hasta técnicas de compresión más complejas y menos utilizadas como lo es la técnica de Hayman.

**Objetivo:** Describir la eficacia de la técnica de Hayman en seis casos de hemorragia postparto secundaria a atonía uterina refractaria al tratamiento habitual.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de todos los casos de atonía uterina en los que se aplicó la técnica de Hayman en nuestro centro entre el año 2013 y 2016.

**Resultados:** Todas las pacientes estudiadas eran primíparas con edades comprendidas entre 25-39 años. La edad gestacional oscilaba entre 31-40 semanas. Hubo dos gestaciones simples y cuatro múltiples: tres bicorial-biamniótica y una tricorial-triamniótica. La vía del parto en todos los casos fue mediante cesárea, en cinco de ellos por indicación obstétrica y en uno por indicación materna tras diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta con muerte fetal anteparto asociada.

En todos los casos se pudo tratar y resolver la atonía uterina adecuadamente mediante la técnica de Hayman sin necesidad de realizar histerectomía puerperal.

El postoperatorio de cinco de las pacientes fue favorable, con estancia media hospitalaria de cuatro días. Una de las pacientes requirió ingreso durante doce días por presentar infección de la herida quirúrgica.

Posteriormente se realizó una encuesta telefónica a cinco de las pacientes, quienes refieren encontrarse asintomáticas y satisfechas tras el procedimiento.

**Conclusión:** La técnica de Hayman es una técnica efectiva y segura en el tratamiento de la atonía uterina refractaria al tratamiento médico habitual, permitiendo conservar la integridad uterina y evitando procedimientos mayores como la histerectomía puerperal.

**TITULO:** 47 - ASOCIACION DE TUMOR PHYLLODES Y CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**AUTORES:** LASECA MODREGO M., SÁNCHEZ PASTRANA J.J., JIMÉNEZ MEDINA M.C., CAZORLA BETANCOR M., REYES RODRÍGUEZ M.I.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción.

Los tumores phyllodes son un tipo de tumores fibroepiteliales de mama poco frecuentes. Representan menos del 1% del total de los tumores mamarios y menos del 0,5% de los tumores malignos.

El diagnóstico de un tumor phyllodes asociado a un carcinoma es muy raro (1-2% de todos los tumores phyllodes); existiendo muy pocos casos publicados. Este tipo de asociación se produce tras la transformación maligna del componente epitelial del tumor phyllodes.

Describimos a continuación, el caso de una mujer con diagnóstico de tumor phyllodes de bajo grado de malignidad asociado a un carcinoma ductal infiltrante.

### Caso clínico.

Mujer de 46 años de edad, sin antecedentes familiares oncoginecológicos, que es remitida a la Consulta de Patología Mamaria al presentar un nódulo en mama derecha de rápido crecimiento desde hace dos meses. Tras valoración clínica, radiológica e histológica, y con la sospecha diagnóstica de tumor phyllodes benigno, se practicó una excisión local amplia de la lesión. El estudio anatomopatológico definitivo informó de la presencia de un tumoración bifásica mamaria con un tumor phyllodes de bajo grado de malignidad en el componente estromal y un carcinoma ductal infiltrante de tipo papilar en el componente epitelial del tumor, presente únicamente en forma de émbolos tumorales en la cápsula del tumor phyllodes, a menos de 1 mm de los márgenes de resección; por lo que se reintervino quirúrgicamente realizándose retumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela axilar derecha, cuyo estudio histológico no evidenció carcinoma en la nueva pieza ni afectación metastásica a nivel ganglionar. Posteriormente la paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia y hormonoterapia. Actualmente se encuentra libre de enfermedad.

### Conclusión.

A pesar de su rareza, ante el diagnóstico histológico de un tumor phyllodes se debe realizar un examen minucioso del componente epitelial por la posible asociación con un carcinoma in situ o infiltrante.



**TITULO:** 48 - APLICACION DE LA PLATAFORMA GENOMICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA. NUESTRA EXPERIENCIA.

**AUTORES:** LASECA MODREGO M., ÁLVAREZ CUENOD J., JIMÉNEZ MEDINA M.C., CAZORLA BETANCOR M., REYES RODRÍGUEZ M.I.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** Cuantificar los cambios de tratamiento médico adyuvante en pacientes con cáncer de mama debido a la información aportada por el test genómico.

**Material y método:** Estudio descriptivo de 37 mujeres intervenidas quirúrgicamente por carcinoma infiltrante de mama en estadio inicial, a las que se realizó estudio genómico al cumplir los criterios establecidos para ello.

**Resultados:** En el período comprendido entre 21/10/2014 y 01/08/2016 fueron intervenidas en nuestro centro 116 pacientes con diagnóstico de carcinoma infiltrante de mama en estadio inicial. De ellas, el 31.89%(37) cumplieron los criterios establecidos para la solicitud de estudio genómico. La edad media fue de 54.16 años (37-74); siendo el 51.35% postmenopáusicas. En el 56.75% se manifestó como una lesión no palpable, y su ubicación más frecuente fue el CSE de mama izquierda. Al 97.29% se le practicó tratamiento quirúrgico conservador en la mama y axila; y el estudio histológico mostró CDI (94.59%), grado II (40.54%), estadios pT1:89.18%, pT2:10.81%, pN0:77.77%, pN1mic:22.22%; con RE débil/moderado(1-60%):5.40%; RP negativo(<1%):10.81%, Ki 67(15-30%):67.56% y HER2 neg (100%). Se aplicó la plataforma Mammaprint en el 91.89% y Endopredict en el 8.10% de los casos; siendo los resultados de alto riesgo en el 35.13% y de bajo riesgo en 64.86%; lo que supuso un cambio del tratamiento adyuvante.

**Conclusiones:** En los últimos años, gracias a los avances en la biología molecular se ha efectuado una caracterización molecular del cáncer de mama en subtipos intrínsecos con información pronóstica y predictiva, que nos pueden ayudar a enfocar el tratamiento con más precisión. En nuestra experiencia, la aplicación de la plataforma genómica ha supuesto la modificación del tratamiento adyuvante en el 64.86% de las pacientes estudiadas; quedando pendiente de realizar estudio económico y realización de análisis de calidad de vida e impacto socio-laboral asociado.

**TITULO:** 49 - DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE HIPOSPADIAS ASOCIADO AL RETRASO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO: CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN, Y., RAVE RAMÍREZ, A. F., GARCÍA RODRÍGUEZ, R., GARCÍA DELGADO, R. SEGURA GONZÁLEZ J., MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

La hipospadias es una malformación congénita frecuente en los hombres que se produce en 1 de cada 125 varones nacidos vivos. La identificación de su etiología sigue siendo un desafío ya que puede ser de origen hormonal, genético o ambiental, aunque con frecuencia, la causa es idiopática o multifactorial. Durante décadas, los estudios epidemiológicos han encontrado que los niños con hipospadias tienen con mayor frecuencia bajo peso al nacer. Sobre este aspecto, algunos investigadores han planteado la hipótesis de que la insuficiencia placentaria en el primer trimestre puede causar la disminución de niveles de hCG disponibles para el feto, con la consecuente producción deficiente de testosterona y dihidrotestosterona por parte del mismo siendo insuficientes para inducir la virilización completa.

Presentamos el caso de una primigesta de 39 años con una gestación de curso normal, que en la ecografía morfológica el feto presenta acortamiento de huesos largos, genitales ambiguos asociado a Doppler de arterias uterinas patológico. Se realiza una amniocentesis con resultado normal (46 XY), confirmándose el diagnóstico de hipospadias, por lo que permanece en seguimiento en la UDP. En la semana 31+4 se objetiva un PFE en percentil 2 con un Doppler fetal normal, catalogándose de CIR. En la semana 35+4 ingresa en el hospital ante los hallazgos en el Doppler fetal con RCP alterado y oligoamnios, por lo que se finaliza la gestación mediante la inducción del parto. Se decide revisar los casos de diagnóstico de hipospadias desde Enero de 2006 hasta Junio de 2016 encontrándose 16 casos, de los cuales, 7 se asociaron a fetos o recién nacidos con retraso del crecimiento intrauterino. Todos, salvo una muerte fetal anteparto por un CIR severo, presentaron una evolución favorable con posterior valoración por los cirujanos pediátricos, y corrección quirúrgica de las hipospadias entre los 6 y 15 meses de vida.

**TITULO:** 50 - TUMOR DE CELULAS GRANULARES LOCALIZADO EN VULVA

**AUTORES:** PÉREZ SUÁREZ, C.; AL HIRAKI DE LA NUEZ, A.; GARCÍA RODRÍGUEZ, D.; MANRIQUE CUADROS, L.; CABRERA GARCÍA, C.; CONDE FERNÁNDEZ, F.

**HOSPITAL:** HOSPITAL DR. J. MOLINA OROSA (LANZAROTE)

#### **INTRODUCCIÓN:**

Los tumores de células granulares son una entidad rara, de origen neurogénico y en su mayoría benignos (98%) que afectan con mayor frecuencia a mujeres de 40-50 años. A continuación presentamos un caso diagnosticado en nuestro centro en 2015.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente de 56 años que consulta por bultoma y prurito vulvar. Intervenida de nódulo de mama y fumadora. Nuligesta con menopausia a los 48 años. A la exploración presenta formación nodular de unos 3cm en labio mayor derecho de consistencia dura que se extirpa bajo anestesia. La AP es informada como tumor de células granulares neoplásicas con borde lateral afecto por lo que se programa para ampliación de márgenes que resultan negativos en segunda pieza que presenta células residuales. Se realiza seguimiento a los 8 meses y se observa nueva lesión de 1cm bajo cicatriz de labio que se reinterviene y es informada como quiste de inclusión.

#### **DISCUSIÓN:**

La localización más frecuente de los tumores granulares es la lengua y la mama, y su expresión vulvar se da sólo en el 5-15% de los casos y de ellos malignizan el 2%. Se presentan normalmente como una masa asintomática de tamaño variable entre 1-12 cm (2-3 cm) y pueden confundirse con lipomas, fibromas, quistes de glándula de Bartolino y otras lesiones benignas. Las células granulares PAS + no se encuentran encapsuladas. Esta característica favorece la extensión local y justifica la exéresis del tumor con márgenes libres. Se han descrito metástasis a distancia y sus factores pronósticos son la edad avanzada, tamaño tumoral > 4-5 cm y las recurrencias. El tratamiento de elección de este tipo de tumores es quirúrgico y no responde a la radioterapia ni a la quimioterapia.

**TITULO:** 51 - CORIOANGIOMA PLACENTARIO Y MUERTE FETAL ANTEPARTO -A  
PROPÓSITO DE UN CASO-

**AUTORES:** CABRERA GARCÍA, C.; PÉREZ SUÁREZ, C.; AL HIRAKI DE LA NUEZ, A.;  
GARCÍA RODRÍGUEZ, D.; MANRIQUE CUADROS, L., CONDE FERNÁNDEZ, F. P.

**HOSPITAL:** HOSPITAL DR. J. MOLINA OROSA (LANZAROTE)

Tumor no trofoblástico más frecuente de la placenta. Incidencia real desconocida (1:3500 -1:9000 nacimientos). Más frecuente en: primigestas, gestaciones múltiples y productos de sexo femenino.

Complicaciones: polihidramnios, hemorragia anteparto, retraso en el crecimiento intrauterino, shunts arterio- venosos e insuficiencia cardiaca congestiva. Otras: edema, coagulopatía de consumo, anemia hemolítica. microangiopatía y angiomas . La muerte y las malformaciones son infrecuentes.

Manejo: estudio Doppler evaluando el incremento de la velocidad del flujo sanguíneo fetal y vigilancia clínica estrecha.

Tratamiento: un reporte de serie de casos pone de manifiesto que la inyección de solución alcohólica y la ablación láser via fetoscópica han sido utilizadas con éxito en el manejo de los mismos de manera precoz.

Secundigesta de 33 años con parto eutócico previo.

- Screening deaneuploidiasdel1T:bajoriesgo.
- Ecografía morfológica: feto único, vivo, sin anomalías aparentes, femenino y PFE 392 gr.

Placenta normoconformada y normoinserta.

- Ecografía de rutina (27+5s) formación redondeada y vascularizada de 90x85 mm a nivel placentario. (sugestiva de corioangioma)

En semana 30 , acude al servicio de urgencias por sensación de dinámica uterina.

- Exploración ginecológica: sin hallazgos de interés.
- Ecografía obstétrica: feto en presentación podálica, FCF positiva y PFE:1600 gr (p78).

Placenta anterior

con formación descrita.

- RCTG:bradicardiafetalmantenida,.
- Cesáreaurgente porRPBF.
- RN en asistolia .
- ReanimacióntipoVnoefectiva.

Estudio de necropsia fetal y placentaria: Feto femenino . Desarrollo ponderal acorde a la EG. Ausencia de malformaciones. Hallazgos compatibles con corioangioma, hematoma e infartos placentarios.

- Causa del fallecimiento: fallo multiorgánico .

**TÍTULO:** 52 - QUISTE DE CORDON UMBILICAL EN GESTANTE DE 12 SEMANAS

**AUTORES:** GARCÍA RODRIGUEZ,D.; MANRIQUE CUADROS,L.; CABRERA GARCÍA, C.; PEREZ SUAREZ,C;AL HIRAKI DE LA NUEZ,A.; CONDE FERNANDO,F.

**HOSPITAL:** HOSPITAL DR. J. MOLINA OROSA (LANZAROTE)

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de los quiste de cordón umbilical en el primer trimestre se situa entre los 0,4% y 3,4%. Hay algunos estudios donde se asocian con defectos estructurales o cromosómicos en más de 20% de los casos. Presentamos un caso clínico con diagnóstico de quiste de cordón umbilical y Trisomina 18

## CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años. Sin Antecedentes Personales, quirúrgicos ni ginecoobstétricos de interés. Acude en semana 12+1 gestación para 1ª consulta. Ecografía transvaginal CRL62,14mm (AEG 12+4) TN 1,1. Observamos una estructura nodular en la parte fetal del cordón umbilical, anecoica, de 8x12mm, sin contenido en su interior y con doppler negativo. Todo ello sugestivo de quiste de cordón umbilical. Realizamos screening de 1er trimestre con resultado de: T21 1/2984 T18 1/95. Aporta ADN fetal en sangre materna: ALTO Riesgo para T18. Amniocentesis confirma Síndrome de Edwards. Comentamos los resultados con la paciente quien decide Interrupción Voluntaria del embarazo

## DISCUSIÓN

Los quiste de cordón umbilical ,aunque relativamente frecuentes, requieren un control especial tras su diagnóstico.

Se clasifican según su histología entre verdaderos y falsos(en función de si presentan o no revestimiento epitelial).

Para conocer su pronóstico y manejo es fundamental conocer su número, su localización, el tamaño, el momento del diagnóstico,etc., pero sobre todo si existe malformación estructural asociada, ya que en esos casos la probabilidad de asociación con alteración cromosómica es muy alta, y la realización de un cariotipo necesaria.

## **TITULO:** 53 - ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR Y GESTACION

**AUTORES:** OBREROS ZEGARRA, L; DE LUIS ALVARADO M; VALLE MORALES, L; EMERGUI ZRIHEN Y.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares representan la 1era causa de muerte en España entre las mujeres, y la 3era (tras cardiopatía isquémica y ca de bronquios y pulmón) en el hombre (INE 2011). Son la 2da causa de mortalidad en el mundo y la 1era causa de discapacidad severa en adultos.

Presentan una incidencia en pacientes embarazadas de: 11-34/100 000 partos. Con un 20% de mortalidad y en 50% de casos secuelas neurológicas permanentes en pacientes supervivientes.

**ACV:** Alteración neurológica asociada al trastorno del flujo sanguíneo cerebral que afecta de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.

Pueden dividirse según su mecanismo de producción:

- Isquemia cerebral
- Hemorragia intracraneal

La determinación de porcentaje de ACV isquémicos y hemorrágicos varía según las series pero se acepta que en el embarazo presentan una frecuencia similar, a diferencia de la población general en la que el tipo isquémico predomina de manera clara.

Los factores de riesgo asociados son los factores de riesgo cardiovascular.

El enfoque terapéutico será en base al origen del evento, con un tratamiento específico de la isquemia cerebral en fase aguda que deberá administrarse dentro de una ventana de tiempo específica. Para conseguir la recanalización y reperusión del tejido isquémico se han usado antitrombóticos, trombolíticos y trombectomía mecánica.

### Resultados HUMIC

Entre el 2002 y el 2015 hubo un total de 12 pacientes con diagnóstico de ACV.

8 ACV hemorrágicos: 66,66%

3 ACV isquémicos: 25%

1 caso no catalogado: 8,3%

Mortalidad: 41,66%

Del total de partos entre 2002:2014 (85 848) hubo un total de 10 casos de ACV, con una incidencia de: 11,64/100 000.

### Conclusiones

- El diagnóstico de Ictus O ACV representa una URGENCIA NEUROLOGICA que requiere de diagnóstico y tratamiento INMEDIATO

-El embarazo y el puerperio son 2 situaciones que aumentan el riesgo de ictus isquémico y hemorrágico. Este riesgo alcanza el pico máximo en el 3º T y durante el puerperio precoz.

-El riesgo aumenta en presencia de hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, edad materna avanzada, tabaquismo y multiparidad.

-Manejo en embarazo/puerperio similar a cualquier paciente con ICTUS.

Caso 1 Caso 2  
EDAD 34 35  
AP Migrañas con aura Migrañas con aura  
HÁBITOS TÓXICOS Fumadora No fumadora  
IMC 31 Normopeso (ganancia 18 Kg)  
GESTACIÓN DGA1. TA normales TA normales. ↑ TA cuando el evento  
TIPO DE PARTO Parto eutócico Cesárea  
EVENTO Puerperio Periparto  
TIPO ACV ACV isquémico. ACM ACV hemorrágico  
TRATAMIENTO Craniectomía descompresiva Craniectomía descompresiva  
Días Hospitalización/UMI 89/31 91/48

## **TITULO:** 54 - ATRESIA LARINGEA ASOCIADO A FISTULA ESOFAGICA

**AUTORES:** RAVE RAMIREZ, A; GARCÍA DELGADO, R; GARCÍA RODRÍGUEZ, R; MARTÍN OSUNA, M.J.; GARCÍA MUÑOZ, F; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción

La obstrucción de las vías respiratorias superiores (tráquea/laringe) se produce por la presencia de atresia, estenosis o membrana en las mismas. El diagnóstico prenatal de esta patología es relativamente sencillo con imágenes ecográficas muy significativas y características (pulmones ecogénicos agrandados bilateralmente, diafragma aplanado o invertido, corazón desplazado a la línea media y dilatación distal al punto de obstrucción de la tráquea y bronquios). El pronóstico de esta patología es malo con una altísima mortalidad. Describimos un caso con diagnóstico prenatal de sospecha de atresia esofágica y diagnóstico postnatal de atresia laríngea.

### Caso clínico

Tercigesta de 24 años sin AP de interés con dos gestaciones previas de curso normal. La ecografía morfológica no presentó alteraciones morfológicas mayores. La paciente es remitida a nuestra unidad en la semana 28 por no visualización de cámara gástrica y polihidramnios. Se objetivó cámara gástrica de pequeño tamaño y polihidramnios severo. Se realizó un diagnóstico de sospecha de atresia esofágica con fistula tráqueoesofágica. Controles seriados en la unidad con necesidad de realización de amniodrenaje en dos ocasiones por disconfort materno (extracción de 4000 y 5000 cc de líquido amniótico respectivamente). Cesárea electiva en la semana 40+3 por RPBF. Nace un recién nacido masculino de 2370 g con Apgar 1-1-0 y pH cordón umbilical de 7,19 y 7,26. El recién nacido fallece tras imposibilidad de ventilación pulmonar así como de intubación del mismo.

El estudio radiológico postmortem y la necropsia confirman la presencia de atresia laríngea con fístula esofágica.

### Conclusiones

La atresia laríngea/traqueal conlleva un mal pronóstico. Su diagnóstico prenatal permite ofrecer una ILE o la planificación del parto (esencial para la supervivencia del recién nacido).

La asociación con fístula esofágica descomprime los pulmones por lo que el diagnóstico puede pasar desapercibido hasta el nacimiento. La RMN prenatal podría mejorar el diagnóstico prenatal en estos casos.



**TITULO:** 55 - DIAGNOSTICO PRENATAL DE DISPLASIA FEMORAL FOCAL PROXIMAL

**AUTORES:** AMARO ACOSTA, A; GARCÍA DELGADO, R; GARCÍA RODRÍGUEZ, R; ARMAS ROCA, M; SEGURA GONZÁLEZ, J; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción

La displasia femoral focal proximal es una anomalía esquelética poco frecuente, con una incidencia de 1/50000-2000000 nacidos vivos. La forma unilateral representa el 85-90% de los casos. El espectro de la displasia va desde escaso acortamiento a ausencia del fémur hasta los cóndilos. La mayoría de los casos suelen ser esporádicos. Se ha relacionado con mal control metabólico en madres diabéticas. Describimos un caso diagnosticado en la Unidad de Diagnóstico prenatal.

### Caso clínico

Secundigesta de 24 años sin AP de interés con gestación previa de curso normal. En la ecografía morfológica se objetivó una asimetría significativa en la longitud de ambos fémures. El fémur derecho presenta una longitud de 35,3 mm (percentil 60 para la edad gestacional) mientras que el fémur izquierdo mide 19,4 mm (dimensiones propias de una gestación de 15 semanas). La morfología del fémur derecho es anormalmente curva. La tibia, el peroné y el pie derechos presentan dimensiones y morfología normales. Ambas extremidades superiores son normales. No se objetivaron otras anomalías morfológicas significativas en el feto. Durante la gestación, el servicio de Traumatología infantil explica el procedimiento quirúrgico postnatal (alargamiento mediante fijadores externos vs amputación precoz y colocación de prótesis). Los controles seriados mostraron un crecimiento de ambos fémures de forma asimétrica pero sin aplanamiento en la curva de crecimiento en ninguno de los dos fémures. Resto de huesos largos con crecimiento adecuado. La paciente tuvo un parto eutócico sin incidencias de una niña de 3440 g.

El estudio de la recién nacida confirmó los hallazgos objetivados prenatalmente. El recién nacido también presentó agenesia de 5º dedo de pie derecho.

### Conclusiones

Es importante la visualización de todos los huesos largos en la exploración morfológica de las 20-22 semanas para poder diagnosticar este tipo de defectos que pueden tener un fuerte impacto en la vida del paciente.

**TITULO:** 56 - ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ECOCARDIOGRAFIA FETAL PRECOZ ENTRE LA SEMANA 13-14 Y LA SEMANA 16

**AUTORES:** GARCÍA DELGADO, R; GARCÍA RODRÍGUEZ, R; ARMAS ROCA, M; SEGURA GONZÁLEZ, J; ROMERO REQUEJO, A, MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

#### Introducción

El estudio del corazón fetal se realiza habitualmente en la mitad de la gestación, pero la mayoría de las cardiopatías congénitas (CC) ya pueden ser diagnosticadas o intuidas en el primer trimestre de la gestación. Una de las principales limitaciones para el diagnóstico precoz de las CC es el tamaño del corazón fetal. La visualización del corazón fetal va a depender de las características maternas y la posición fetal.

#### Objetivo

Comparamos la valoración del corazón fetal en la semana 13-14 de gestación por vía vaginal y abdominal con la exploración en la semana 16 por vía abdominal, en dos poblaciones de estudio: bajo IMC (<25) y alto IMC ( $\geq 25$ ).

#### Material y métodos

Estudio prospectivo no aleatorizado. Se realizó una exploración completa cardiaca fetal en la semana 13-14 de gestación utilizando las vías transvaginal y abdominal y en la semana 16 por vía abdominal a cada paciente.

#### Resultados

Se han realizado las dos exploraciones a 47 pacientes, 23 pacientes con IMC < 25 y 24 con IMC > 25. La exploración de las 13-14 semanas fue satisfactoria en al menos alguna de las dos vías en el 95,7%, mientras que en la semana 16 lo fue en el 94,8%. En la exploración de las 13-14 semanas, en las pacientes con IMC < 25 la mejor vía fue la abdominal, mientras que en las pacientes con IMC > 25 fue la vaginal. La exploración en la semana 16 fue la más rápida, siendo la más lenta la vaginal en las 13-14 semanas.

#### Conclusiones

La exploración cardiaca fetal en la semana 13-14 puede ser tan satisfactoria como la exploración en la semana 16 en pacientes con bajo y alto IMC, teniendo la posibilidad de utilizar la vía transvaginal para completar el estudio en casos con mala transmisión sónica por vía abdominal.

## **TITULO:** 57 - DIAGNOSTICO PRENATAL DE GENU RECURVATUM

**AUTORES:** HERNÁNDEZ PÉREZ, D; GARCÍA DELGADO, R; GARCÍA RODRÍGUEZ, R; ARMAS ROCA, M; SEGURA GONZÁLEZ, J; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción

El genu recurvatum es una anomalía de la posición de los miembros inferiores extremadamente rara al nacimiento. La incidencia no se conoce con exactitud pero se encuentra alrededor de 7 casos por cada 10000 nacidos vivos. Esta condición puede encontrarse aislada o formar parte de algún síndrome genético o cromosómico. Se define como la hiperextensión patológica de la rodilla mayor de 30°. Describimos un caso diagnosticado en la Unidad de Diagnóstico prenatal.

### Caso clínico

Primigesta de 30 años con AP de polidactilia en ambos pies, sindactilia en mano izquierda, e hidrocefalia congénita con derivación ventrículooperitoneal. Presenta como AF padre, hermana y familia paterna con polidactilia y sindactilia. No realización de estudio genético a la familia. En la ecografía morfológica se objetivó una polidactilia preaxial en ambos pies contabilizándose 6 dedos en un pie y 7 dedos en el otro (sindactilia en dedos gordos). También presenta polidactilia preaxial en mano izquierda con dedo en eminencia tenar. La mano derecha impresiona normal. En la semana 28 de gestación se aprecia, además, una malposición de rodillas con marcada extensión, realizándose el diagnóstico de Genu recurvatum. El servicio de Traumatología infantil explica el procedimiento postnatal. Controles posteriores confirman la presencia del genu recurvatum siendo en cada exploración más marcada la hiperextensión.

Nace una niña de 3730 g mediante cesárea por fracaso de inducción.

La recién nacida presentó los hallazgos objetivados prenatalmente. Se colocaron yesos en ambos miembros inferiores para la corrección del genu recurvatum, corrigiéndose la malposición al mes de vida.

Pendiente el resultado del estudio genético de la paciente y familia.

### Conclusiones

El hallazgo de un genu recurvatum conlleva la realización de una exploración anatómica completa para descartar anomalías asociadas que puedan sugerir la presencia de un síndrome asociado. Esta patología aislada tiene un buen pronóstico.

## **TITULO:** 58 - DIAGNOSTICO PRENATAL DE PROBOSCIDE LATERAL

**AUTORES:** GARCÍA DELGADO, R; GARCÍA RODRÍGUEZ, R; CORREA GONZÁLEZ, S; PÉREZ GONZÁLEZ, J; ARMAS ROCA, M, MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción

La probóscide lateral es una rara anomalía congénita caracterizada por la presencia de un rudimento tubular, una estructura similar al tejido nasal, que se origina desde la porción medial del techo orbitario. Es una anomalía muy rara, con una incidencia menor a 0,1 por 10000 recién nacidos. Presentamos un caso clínico con diagnóstico prenatal de probóscide lateral. Describimos las características clínicas de esta patología, y el manejo de la misma.

### Caso clínico

Secundigesta de 28 años con gestación previa de curso normal. En la ecografía morfológica se objetiva la presencia de una formación tubular procedente del borde interno de la órbita izquierda de 8x11 mm. Se aprecia la ausencia de la heminariz ipsilateral así como una pequeña fisura en el labio izquierdo. El tamaño y la morfología de ambas órbitas y las estructuras cerebrales son las adecuadas para la edad gestacional. El estudio del cariotipo fetal fue normal. La paciente deseó continuar con la gestación. Se realizó una RMN donde no se objetivaron otros hallazgos adicionales. Durante la gestación el servicio de Cirugía Máxilo-facial del Hospital Insular de Canarias explica el procedimiento quirúrgico postnatal. Los controles seriados mostraron un crecimiento de los huesos faciales y un desarrollo de las estructuras cerebrales adecuado. La paciente tuvo un parto eutócico sin incidencias de una niña de 3220 g.

El estudio de la recién nacida confirmó los hallazgos objetivados prenatalmente. El servicio de cirugía maxilofacial programa la primera cirugía correctora a los tres meses de vida. El desarrollo neurológico de la niña en los primeros meses de vida es normal.

### Conclusiones

El diagnóstico de una probóscide lateral conlleva un estudio minucioso de las órbitas y las estructuras encefálicas, así como control del crecimiento de las estructuras óseas faciales. La corrección quirúrgica debe realizarse precozmente para evitar consecuencias psicológicas por la deformidad

**TITULO:** 59 - ESTUDIO DE LAS TUMORACIONES ANEXIALES DE ORIGEN BENIGNO INTERVENIDAS MEDIANTE LAPAROSCOPIA

**AUTORES:** GARCÍA PÉREZ, M; ROMEU MONSERRAT, S.; YEPEZ MARTÍNEZ, S.M.; SANTANA SUÁREZ, A.; PÉREZ MORALES, M.E.; OCÓN PADRÓN, L.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVO

Analizar todas las cirugías de indicación benigna por vía laparoscópica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional llevado a cabo entre el 1 de Enero de 2014 y 31 Diciembre de 2015. Se realizaron 8082 cirugías de un total de 905 laparoscopias por indicación benigna, siendo finalmente incluidas 370.

## RESULTADOS.

La edad media fue de 40,76 años (16-82):en pacientes con endometriosis 35,50; con tumoraciones anexiales unilaterales 43,13 y con tumoraciones anexiales bilaterales 48,25 años.

En general, hubo un 42,1% de nulíparas , un 31.9% de multíparas y un 24,6% de primíparas.

El motivo de consulta principal fue el dolor abdominal (54,6%), siguiéndole el hallazgo ecográfico en pacientes asintomáticas (36,5%), alteración menstrual (3%), sangrado menstrual abundante (1%), esterilidad (1%) , masa palpable en la exploración física (1%) .

En cuanto al diagnóstico en el momento de la cirugía, el más frecuente fue tumoración anexial benigna unilateral (58,1%), endometriosis (21,1%); enfermedad pélvica inflamatoria (7,8%), tumoración anexial benigna bilateral (6% );quiste de paraovario (1,9%); otros (5,1%).

Se realizaron un total de 44,6% anexectomías unilaterales, un 13,5% de quistectomías, un 9,2% de decapsulaciones de la formación anexial y un 8,6% de anexectomías bilaterales. La edad media de las pacientes a las cuáles se les realizó quistectomía fue de 34,45 años.

En total se realizaron un 85,4% de laparoscopias programadas, frente a uno 14,6% de forma urgente.

Tan sólo un 6,5% presentaron algún tipo de complicación postquirúrgica:3,5% se tuvieron que reintervenir; un 1,4% presentaron infección. Del total de cirugías, se reconvirtieron a laparotomía 14 (un 6,5% del total).

La extirpe histológica principal fue el endometrioma (26,2%) seguido en un 15,1 % de teratomas;7,8 % EPI; 15,1 % tumor dermoide / mucinoso y un 1% (4 casos) de cáncer de ovario.

Un 92,7% han evolucionado satisfactoriamente , un 5,9% persisten algias pélvicas y en un 0,5% sangrado menstrual abundante

**TITULO:** 60 - TRATAMIENTO CON PLASMA AUTOLOGO RICO EN PLAQUETAS EN UNA PACIENTE ESTÉRIL CON SOSPECHA DE ENDOMETRIO REFRACTARIO.

**AUTORES:** SANTANA SUÁREZ M.A., ÁLVAREZ SÁNCHEZ M., ROLDÁN GUTIÉRREZ L., TORRES AFONSO A., MACHADO RIDER Y.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** El manejo clínico activo del endometrio es una parte importante en el éxito de un ciclo de Fecundación in Vitro (FIV). De hecho, un endometrio adelgazado en la ecografía está asociado a bajas tasas de embarazo tras ciclos de FIV/ICSI. Esto es lo que se conoce como endometrio refractario, definido como una atrofia endometrial con un grosor menor de 6-7 mm. Descripción del caso: 36 años, esterilidad primaria. Tras el estudio completo se decide realizar una Técnica de Reproducción Asistida (TRA) con donación de ovocitos.

Inicialmente, se transfiere un embrión vitrificado que resulta en una gestación ectópica cervical tratada mediante embolización de las arterias uterinas. Posteriormente, la paciente es preparada para una criotransferencia sin lograr un grosor endometrial mayor de 5-6 mm.

Ante la sospecha diagnóstica de endometrio refractario, se hace un nuevo intento de preparación endometrial con estrógenos a altas dosis, Vitamina E y Pentoxifilina. A pesar de ello, el grosor endometrial no supera los 6 mm por lo que se asocia Ácido Acetil Salicílico (AAS) y se inyecta intraútero plasma autólogo rico en plaquetas en dos ocasiones. A las 96 horas, se transfieren dos embriones vitrificados. El test de embarazo a los 14 días fue positivo, resultando en un aborto bioquímico.

**Conclusiones:** El tratamiento médico del endometrio refractario constituye hoy día un reto y debe iniciarse siempre tras la valoración y el eventual tratamiento histeroscópico de la cavidad uterina. La mayoría de las opciones terapéuticas están escasamente evaluadas por lo que se requieren de estudios mejor diseñados.

**TITULO:** 61 - ADENOMA LACTACIONAL. A PROPOSITO DE UN CASO.

**AUTORES:** ALVAREZ CUENOD J; LASECA MODREGO M; REYES RODRIGUEZ M; CAZORLA BETANCOR M; JIMENEZ MEDINA C; VEGA GUEDES B.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El adenoma lactacional es un tumor fibroepitelial benigno de mama poco frecuente, constituye la masa mamaria más prevalente durante el embarazo y lactancia. Se suele manifestar como una masa solitaria o múltiple, palpable, móvil y bien circunscrita, que puede presentar un crecimiento rápido. El curso natural de estas lesiones es la regresión al finalizar el embarazo-lactancia; y en ocasiones, la resección quirúrgica puede ser necesaria en función de su efecto de masa.

Caso clínico.

Gestante de 25 años, con antecedentes personales de HIV con carga viral indetectable, G5P2C0A2. En la semana 34.2 es derivada a la consulta de patología mamaria al referir una lesión nodular de rápido crecimiento en mama derecha desde hace dos meses, sin otra sintomatología acompañante.

A la exploración física se objetiva una lesión nodular dura, irregular, no adherida, de 12 x 9 cm, que protruye en piel y que ocupa los cuadrantes inferiores de mama derecha; no delimitándose adenopatías patológicas.

El estudio ecográfico muestra una lesión nodular irregular, heterogénea, de 100 x 50 mm con múltiples nódulos hipoecogénicos, con vascularización en su interior. En la mamografía se aprecia una lesión densa de aspecto sólido, irregular, que ocupa ambos cuadrantes inferiores, con engrosamiento cutáneo y edema de tejido celular subcutáneo (BIRADS 5).

La histología tras realizar un BAG informó de adenoma lactacional.

Con dicho diagnóstico se decidió mantener una actitud conservadora. En la semana 39.4 de gestación se asistió a un parto eutócico sin complicaciones y se pautó inhibición de lactancia materna. En el control clínico a los 3 meses, se evidencia una disminución de tamaño de la tumoración en un 50%, pautándose controles periódicos hasta su resolución.

**TITULO:** 62 - CARCINOMA DE CELULAS ACINARES DE MAMA. A PROPOSITO DE UN CASO.

**AUTORES:** ALVAREZ CUENOD J; SANCHEZ PASTRANA J; GARCIA ESCRIBANO P; REYES RODRIGUEZ M; CAZORLA BETANCOR M; JIMENEZ MEDINA C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Introducción.

El carcinoma de células acinares primario de mama es un tumor raro que muestra similitudes con neoplasias de las glándulas salivales; y aunque pertenece al grupo de carcinomas de mama "triple negativos", su comportamiento biológico parece ser más favorable.

Caso clínico.

Mujer de 54 años, sin antecedentes familiares ni personales oncoginecológicos, que es remitida a la consulta de patología mamaria para valoración tras estudio radiológico mamario de screening, en cuya mamografía se objetiva un nódulo irregular, espiculado en cuadrante supero-externo de mama derecha, de 10 mm que persiste tras compresión; y que ecográficamente se corresponde con un nódulo hiperrefringente con centro hipoecoico de 8 mm, no apreciando alteraciones a nivel axilar (BIRADS IV).

A la exploración física, las mamas son normales a la inspección y a la palpación, tratándose de una lesión no palpable; no delimitándose adenopatías regionales patológicas.

El estudio citológico tras punción ecoguiada informa de extendidos citológicos sospechosos de malignidad.

Ante estos hallazgos se practicó biopsia excisional radioguiada de la lesión, difiriendo el estudio histológico, el cual informó de la presencia de un carcinoma de células acinares de 1 cm de diámetro con margen anterior afecto y estudio inmunohistoquímico: receptores de estrógenos y progesterona negativos y citoqueratina 19 positiva 30-40%. Tras ello, se realizó retumorectomía y biopsia selectiva de ganglio centinela axilar derecha, con nuevo margen de resección libre de tumor y ausencia de afectación metastásica ganglionar.

Posteriormente la paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia externa.

Desde entonces ha seguido control clínico y radiológico periódico, estando en la actualidad, tras 5 años del diagnóstico, libre de enfermedad.

Conclusión.

El carcinoma de células acinares de mama es un tumor poco frecuente que supone un reto en el diagnóstico y tratamiento, dada la escasez de casos que se encuentran descritos; precisando de series más amplias para obtener conclusiones definitivas.



**TITULO:** 63 - FETO AFECTO DE TRIPLOIDIA EN MOSAICISMO CON CARDIOPATIA ESTRUCTURAL

**AUTORES:** PERERA MOLINA, A.D.; MENDOZA ROMERO, C.L.; PÉREZ DE LA ROSA, B.; MONTENEGRO DEL MORAL, M.; RODRÍGUEZ SANTANA, Y.; PADILLA PÉREZ, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

**Introducción.** Los defectos cardíacos congénitos son malformaciones anatómicas del corazón, que suceden durante la fase de formación cardíaca (antes de la semana 10 de gestación) tratándose de los defectos congénitos no cromosómicos más prevalentes. Si bien es cierto que se desconoce su etiología en la mayoría de los casos, alrededor de un 10 % se asocian a anomalías cromosómicas visibles con técnicas convencionales, y si, se incluyen las microdelecciones (Cath22), la proporción aumenta hasta casi un 25%.

**Objetivo.** Estudiamos el caso de una gestante con cardiopatía compleja tipo Fallot asociada a una triploidia en mosaicismo.

**Material y método.** Secundigesta con parto normal anterior, de 39 años que presenta un embarazo de curso fisiológico y cribado del primer trimestre de bajo riesgo. TN 1.0 mm. En la ecografía morfológica de la semana 20 se detecta una cardiopatía compleja tipo Fallot por lo que se realiza amniocentesis y se solicita cariotipo y CATCH 22 en líquido amniótico.

**Resultados.** La amniocentesis da como resultado un mosaicismo triploide (69 cromosomas) de un 60%. Dado el mal pronóstico asociado, la paciente decide la interrupción voluntaria del embarazo acogiéndose a Ley vigente.

**Comentarios.** El cribado del primer trimestre tiene una aproximación de un 15% de falsos negativos. La mayoría de las cardiopatías congénitas se presentan como un defecto aislado pero también pueden ser parte de enfermedades tales como el síndrome de Down, síndrome de Turner, síndrome de Marfan, síndrome de Noonan, síndrome de DiGeorge o de Patau.

Asimismo, existen diversas enfermedades que comparten características clínicas y que presentan una delección del brazo largo del cromosoma 22 (22q11.2) agrupándose bajo el epónimo de CATCH-22 (90% S. de Digeorge, 70% S. Velocardiofacial, 15% anomalía facioconotrucal)

**Conclusiones.** Las malformaciones mayores deben de acompañarse de un estudio cromosómico, ya que la presencia de aneuploidias asociadas ensombrece el pronóstico.

**TITULO:** 64 - TRATAMIENTO DIFERIDO DE APENDICITIS AGUDA EN GESTANTE A TÉRMINO

**AUTORES:** MENDOZA ROMERO CL, PEREZ DE LA ROSA B, ALBELO MANUEL L, DEVORA CABRERA Y, PERERA MOLINA AD, MONTENEGRO DEL MORAL M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

## INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda constituye la causa más frecuente de abdomen agudo no obstétrico durante el embarazo, presentándose en 1/1000 embarazos y con una prevalencia homogénea en los tres trimestres. El diagnóstico es difícil y su retraso acarrea serias complicaciones maternas y fetales. La ecografía es la prueba de imagen de elección, seguida de la RMN o TC en casos seleccionados, y el tratamiento es quirúrgico. Se presenta el caso de una apendicitis aguda que se resolvió de forma diferida tras el parto.

## CASO CLINICO

Primigesta de 22 años con embarazo de curso fisiológico que presenta en la semana 35+6 dolor intenso de inicio insidioso en FID y flanco derecho acompañado de náuseas, diarreas y febrícula 24h de evolución. A la exploración abdominal destaca signo de Blumberg dudoso. No hay pérdida de líquido ni sangrado. El registro cardiotocográfico es reactivo y muestra dinámica uterina irregular. Se realiza analítica que muestra discreta leucocitosis (15.000 N 89%) y PCR 89. La ecografía abdominal revela una estructura tubular en fondo de saco ciego no compresible de 1cm, sugestiva de inflamación aguda apendicular. Previa a la intervención quirúrgica se produce la amniorrexis espontánea e inicio de trabajo de parto y dado la estabilidad hemodinámica de la paciente, la mejoría de los parámetros analíticos y la disminución del dolor bajo cobertura analgésica y antibiótica, se decide conducción del parto. El periodo de dilatación transcurre sin incidencias y se asiste al parto eutócico de mujer de 2750 gr. En el puerperio inmediato, más de 24h tras el diagnóstico inicial, se realiza la apendicetomía por laparoscopia hallándose un apéndice flemonoso y líquido libre pericecal parietocólico derecho. El resultado anatomopatológico confirmó el diagnóstico.

## COMENTARIOS

El diagnóstico temprano y la intervención quirúrgica son cruciales pues el riesgo de perforación tras 24 horas desde el inicio de los síntomas es del 14-43% siendo el riesgo la muerte fetal superior al 30%.

## CONCLUSIONES

En nuestro caso, la presentación del parto de forma paralela, justificó el retraso en el tratamiento quirúrgico. El manejo multidisciplinar e individualizado en esta situación se saldó con un mayor beneficio y unos resultados satisfactorios tanto para la madre como para la recién nacida.

**TITULO:** 65 - GESTANTE CON DIAGNOSTICO DE CARCINOMA DE MAMA MULTIFOCAL MULTICÉNTRICO CON AFECTACIÓN AXILAR

**AUTORES:** MANRIQUE CUADROS, L.; CABRERA GARCÍA, C.; PÉREZ JUÁREZ, C.; ALHIRAKI DE LA NUEZ, A.; GARCÍA RODRÍGUEZ, D.; CONDE FERNANDEZ, F.

**HOSPITAL:** HOSPITAL DR. J. MOLINA OROSA (LANZAROTE)

Gestante de 35 años, sin antecedentes personales de interés, que durante primer trimestre nota tumoración en mama derecha.

Pruebas:

- Ecografía: Formación nodular de 3x1.5cm en CIE de MD y retropectoral de 18x8mm. En cola de mama otra formación de 4cm, sospechosa de ganglio intramamario. Formaciones nodulares alrededor de la lesión, en total el área afecta ocupa 5,5x1,5cm. Ecografía axilar parece afecta.
  - BAG: Carcinoma ductal infiltrante grado 3, luminal B.
  - PAAF axilar: cáncer metastásico.
  - IHQ: RE 60%, RP 35%, Ki 67: 22%, p53 1%, HER-2 negativo.
- Estadio clínico IIIA (T3,N1,M0,G3, Luminal B).

Con 17,1 semanas se realiza mastectomía radical derecha con AP de carcinoma ductal infiltrante grado 3. Invasión linfovascular. Márgenes libres. Linfadenectomía: 8/22 ganglios afectados. Inició tratamiento con quimioterapia adyuvante (Adriamicina y Ciclofosfamida) en la semana 20.2 por 5 ciclos que toleró bien.

La gestación cursó con hallazgo ecográfico de pielectasia renal izquierda leve. Se indujo el parto en la semana 38 realizándose cesárea por fracaso de inducción. Tras el parto se realiza TAC no objetivándose enfermedad a distancia. Gammagrafía ósea negativa. Se inicia Taxol adyuvante por 8 ciclos y posteriormente hormonoterapia y radioterapia adyuvante, tras lo cual se añade Zoladex mensual.

El cáncer de mama durante el embarazo es aquél diagnosticado durante la gestación, primer año post parto o durante la lactancia. La mayoría es de tipo adenocarcinoma ductal infiltrante, tiende a ser poco diferenciado y diagnosticado en estadios avanzados. La TAC y la gammagrafía no se recomiendan; siendo la RMN útil para el estudio de metástasis. El tratamiento quirúrgico está asociado a un mínimo riesgo fetal. La radioterapia está contraindicada debiendo ser diferida hasta después del parto. La quimioterapia puede ser utilizada con seguridad tras el primer trimestre. Existe poca literatura acerca de la excreción de agentes endocrinos en la leche materna. Se debe evitar la lactancia materna en pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia, trastuzumab o terapia endocrina.

**TITULO:** 66 - CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES CON CANCER DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

**AUTORES:** MONTENEGRO DEL MORAL M., ROSALES AEDO O., GONZÁLEZ MARTÍN A., MENDOZA ROMERO L., PÉREZ DE LA ROSA B., MENDOZA CRUZ C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

#### Introducción

Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de abril de 2016 se diagnosticaron 82 casos de cáncer endometrial en el Hospital Universitario de Canarias. El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en mujeres de nuestro medio.

#### Objetivos:

Evaluar las características de las pacientes que fueron diagnosticadas de cáncer de endometrio en el Hospital Universitario de Canarias entre enero de 2013 y abril de 2016.

#### Material y método

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se describe la edad, la forma de presentación, las características clínicas, y el método utilizado para el diagnóstico.

#### Resultados

La media de edad de presentación fue de 61.8 años, con una edad mínima de 34 y máxima de 87 años. La forma más frecuente de presentación fue como metrorragia, representando el 78% de los casos, seguido por la presencia de patrón de ocupación ecográfico, estando presente en un 40.2% de casos, coexistiendo ambos en 20.7% del total. El 84% de metrorragias se presentó en mujeres postmenopáusicas.

El 19.5% de las pacientes era nuligesta. En 34.1% de nuestras pacientes aparecía reflejada en la historia clínica que presentaban algún grado de obesidad. El 15.8% tenían como antecedente una colecistectomía, el 28% presentaba Diabetes Mellitus y el 53.6% hipertensión arterial. Cuatro de las pacientes tenían antecedente de cáncer de mama y cinco pacientes habían presentado otro tipo de cáncer no ginecológico previamente.

Los métodos diagnósticos usados fueron: biopsia endometrial tipo Cornier en 51.2%, histeroscopia diagnóstica en 39%%, histeroscopia quirúrgica en 9.8% de las pacientes.

**TÍTULO:** 67 - ESTADIO, HISTOLOGIA, TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS.

**AUTORES:** ROSALES AEDO O., MONTENEGRO DEL MORAL M., PÉREZ CONDE L., PERERA MOLINA A., CONSUEGRA MONTERO L., MENDOZA CRUZ C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

### Introducción

Entre el 1 de enero de 2014 y el 30 de abril de 2016 se diagnosticaron 82 casos de cáncer endometrial en el Hospital Universitario de Canarias. El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en mujeres de nuestro medio.

### Objetivos:

Describir los estadios, tipos histológicos, tratamiento y evolución posterior de las pacientes que fueron diagnosticadas de cáncer de endometrio en el Hospital Universitario de Canarias entre enero de 2013 y abril de 2016.

### Material y método

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se describe el estadio, el tipo histológico, el tipo de tratamiento y la evolución posterior.

### Resultados

Hubo un total de 82 pacientes diagnosticadas con cáncer de endometrio, las cuales se clasificaron en los siguientes estadios: IA: 47 pacientes, IB: 19 pacientes, II: 2 pacientes, IIIA: 2 pacientes, IIIB: 1 paciente, IVB: 1 paciente. En 9 pacientes no se contaba con clasificación de estadio. Las intervenciones quirúrgicas realizadas fueron: histerectomía con doble anexectomía vía abdominal en 39 pacientes, histerectomía con doble anexectomía vía vaginal en 9 pacientes, histerectomía con doble anexectomía vía laparoscópica en 9 pacientes, histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica en 13 pacientes e histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía pélvica y paraaórtica en 3 pacientes. Hubo 9 pacientes que no se intervinieron quirúrgicamente por deseo propio de no tratar o por intervención quirúrgica en otro centro.

Los tipos histológicos fueron: endometriode de endometrio 90.2%, componente de células claras 2.439%, componente papilar seroso 2.439%. Se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia en 32 pacientes, y se añadió quimioterapia a 4 pacientes. Hubo 3 pacientes que presentaron recidivas en vagina, y 2 pacientes que presentaron enfermedad metastásica a distancia. Al momento de la revisión 4 pacientes habían fallecido, 2 de ellas por causas no relacionadas al cáncer de endometrio.

**TITULO:** 68 - INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN GESTACION CON PLACENTA PREVIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**AUTORES:** ROSALES AEDO O., GONZÁLEZ MARTÍN A., PÉREZ CONDE L., MENDOZA ROMERO C.L., MONTENEGRO DEL MORAL M., PADILLA PÉREZ A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

#### Introducción

Presentamos caso clínico de primigesta que durante ecografía selectiva se diagnostica de anomalía fetal y placenta previa, y el modo que finalizó la gestación.

#### Objetivo

Revisar la bibliografía y dar a conocer la evolución satisfactoria de un caso clínico y seguridad del procedimiento en pacientes con abortos del segundo trimestre que presentan placenta previa.

#### Material y Método

Primigesta de 31 años, sin antecedentes de interés, durante la ecografía morfológica en la semana 20 de gestación se diagnostica de agenesia completa del cuerpo caloso y placenta previa oclusiva total 8.5 mm sobre el orificio cervical interno. Se realiza amniocentesis y cariotipo cuyo resultado es 46 XY.

#### Resultados

La paciente decide interrupción voluntaria del embarazo, realizándose feticidio con 22+5 semanas . Tras 96 horas se administra Mifepristona 200 microgramos oral y posteriormente se inicia Misoprostol 400mg vaginal. La paciente comienza con dolor y sangrado vaginal moderado, por lo que se administra analgesia epidural y se continúa tratamiento con Misoprostol vaginal, consiguiéndose controlar sangrado al presentar 5 cm de dilatación. Finalmente se asiste a la expulsión de un feto en podálica de 490g, junto a placenta de aspecto normal 1 minuto después. Se realiza profilaxis de atonía uterina con Metilergometrina 1 ml a 0,2mg/ml intramuscular, cesando sangrado vaginal. El puerperio de la paciente transcurre normalmente, con hemoglobina previa al alta de 9.4g/dl, estando la paciente asintomática por lo que dada la buena evolución se decide el alta a las 24 horas.

#### Conclusiones:

En el segundo trimestre, la interrupción del embarazo en presencia de placenta previa asocia sangrado más abundante, pero no incrementa el riesgo de infección relacionada con el aborto, necesidad de transfusión postoperatoria, histerectomía, u otras complicaciones (1).

1. Thomas AG, et al. The effect of placenta previa on blood loss in second-trimester pregnancy termination. *Obstet Gynecol* 1994; 84:58.

**TITULO:** 69 - RESULTADOS PERINATALES DE LAS GESTACIONES GEMELARES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS

**AUTORES:** ROSALES AEDO O., GONZÁLEZ MARTÍN A., PÉREZ CONDE L., MENDOZA ROMERO L., MARTÍN MEDEROS J., PADRÓN PÉREZ E.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

**Introducción**

Entre enero de 2014 y diciembre de 2015 hubo en el HUC 148 gestaciones gemelares, correspondiendo al 2,86% del total de gestaciones.

**Objetivo**

Evaluar los resultados perinatales de las gestaciones gemelares controladas en el Hospital Universitario de Canarias entre 1 de enero de 2014 y 31 de diciembre de 2015.

**Material y Método**

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se evalúa características de las gestaciones, características del parto, complicaciones surgidas anteparto y durante el puerperio, tasa de prematuridad y resultados perinatales de morbimortalidad.

**Resultados**

El 64% de estos embarazos fueron en gestantes entre 30 y 39 años de edad, siendo el 60% gestaciones espontáneas, y un 40% resultado de técnicas de reproducción asistida en éste grupo etario.

El 60% de éstas finalizaron pretérmino, siendo el 23,5% menor de 34 semanas y 6,26% menores a 30 semanas de gestación.

El 3,78% de los recién nacidos presentaron un peso menor de 1000g al nacimiento frente a un 88,17% que presentaron más de 1500g.

El 73% de las gestaciones gemelares que alcanzaron más de 37 semanas se finalizaron por indicación médica, el 91% por edad gestacional.

El 74,13% de las gestaciones finalizaron mediante cesárea.

La mayoría de las complicaciones maternas fueron por enfermedad hipertensiva gestacional (8,78% del total) seguida por la atonía uterina (6,76%), precisando 1 caso histerectomía obstétrica, 2 casos técnica B-Lynch y 1 caso balón de Bakri.

13% de nuestras gestantes con gestación gemelar precisaron ingreso por amenaza de parto prematuro.

Nuestra tasa de mortalidad fetal tardía fue de 0,33/1000 recién nacidos, la tasa de mortalidad perinatal fue de 3,71/1000 recién nacidos, y nuestra tasa de mortalidad neonatal fue de 0,33/1000 recién nacidos.

El 46% de los recién nacidos precisó ingreso de la UCIN, siendo el promedio de estancia de 16 días. El diagnóstico más frecuente fue distrés respiratorio (33,78%).

**TITULO:** 70 - ULCERA VULVAR EN RELACION A TRATAMIENTO TOPICO CERVICAL CON IMIQUIMOD.

**AUTORES:** EMERGUI ZRIHEN Y, CARBALLO RASTRILLA S, MEDINA RAMOS N, LUBRANO ROSALES A, ARENCIBIA SÁNCHEZ O, ESPARZA MARTÍN M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

La neoplasia intraepitelial cervical de alto grado es precursor del cáncer de cérvix, siendo el tercero más frecuente. El tratamiento es la exéresis de la zona de transformación. Sin embargo, se mantiene un riesgo alto de recurrencia del HSIL cervical (17% a los 5 años), que supone un riesgo en gestaciones posteriores (parto prematuro). El imiquimod es un fármaco que estimula la respuesta inmunitaria local. Sus efectos secundarios son leves como el enrojecimiento, edema, sensación de calor y revierten con la supresión de la administración. La ficha técnica no recoge la indicación a nivel de mucosa vaginal ni cervical, pero existen estudios comparativos y series de casos donde se emplea para el tratamiento del CIN. Una revisión sistemática publicada en Gynecology Oncology en 2015 concluye que para el VIN es un fármaco efectivo y aceptado, pero para el VAIN y CIN son necesarios más estudios. El aumento en su uso permitiría evitar los tratamientos quirúrgicos con posibles efectos adversos ya conocidos.

Presentamos el caso de una paciente de 29 años remitida a consulta de PTGI tras citología L-SIL. Las pruebas muestran COBAS HPV positivo para 16 y 18, citología CIN III, colposcopia con lesión en ZT grado 2 y biopsia exocervical CIN III-HPV, p16 positiva. Dada la edad de la paciente, lesión de alto grado visualizada en su totalidad, ausencia de inmunodepresión, no fumadora y nuligesta, se plantea tratamiento tópico cervical con imiquimod explicando posibles signos de alerta. Se aplica la primera dosis y segunda a los 9 días. A las 48 horas de esta última, presenta reacción local irritativa en introito y ambas caras internas de labios menores. Afebril. Se pautó gel vaginal con malaleuca alternifolia y reepitelizantes con centella asiática y neomicina, con excelente respuesta y resolución en 8 días. A las 6 semanas, en nueva exploración persiste HSIL en biopsia e imagen colposcópica con reacción al imiquimod y se indica tratamiento escisional tipo cono LLETZ. Iniciamos vacunación con Cervarix®. En control post-conización se realiza COBAS y citología, ambas negativas.



**TITULO:** 71 - RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE PATOLOGIA MAMARIA-GINECOLOGIA. CHUIMI.

**AUTORES:** ALVAREZ CUENOD J; SANCHEZ PASTRANA J; CAZORLA BETANCOR M; RODRIGUEZ IBARRIA N; REYES RODRIGUEZ M, JIMENEZ MEDINA C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Introducción.

La radioterapia externa mamaria ha sido uno de los pilares fundamentales en el tratamiento conservador del cáncer de mama.

La radioterapia intraoperatoria (IORT) se realiza mediante una sesión única en el mismo acto quirúrgico y con dosis equivalentes a la radioterapia externa, funcionando como alternativa a los ciclos estandarizados de 4-6 semanas post-cirugía.

Objetivo

Describir la puesta en marcha de un protocolo de IORT mediante el sistema Intrabeam y los resultados obtenidos en nuestro centro desde el inicio en el año 2015 hasta la actualidad.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio descriptivo realizado en 21 pacientes intervenidas quirúrgicamente por carcinoma infiltrante de mama en estadio inicial, sometidas a IORT con Intrabeam según criterios establecidos por nuestro comité de patología mamaria.

Resultados

Durante 2015 hemos tratado 21 pacientes con IORT según protocolo con edad media de 61,42 años. La localización fue mas frecuente en la mama derecha (71,42%) y por cuadrantes el más afectado fue el supero externo (28,57%). Según subtipo molecular 47,61% fueron Luminal A, 47,61% Luminal B y no clasificable 4,76%. Se realizó tratamiento conservador en los 21 casos. La BSGC fue negativa en el 57,14% de los casos. El 47,61% recibió quimioterapia adyuvante. 14 pacientes recibieron radioterapia externa complementaria. El aplicador de Intrabeam más utilizado para IORT fue el número 4 (38,09%). El tiempo de aplicación de IORT fue de 16 a 45 minutos. No ha habido ninguna recidiva local ni sistémica.

Conclusión.

La IORT con Intrabeam es un sistema fácil y seguro que aumenta en 30-45 minutos el tiempo de quirófano, facilitando la localización de la zona de sobreimpresión en todos los casos. Se realiza el tratamiento completo de radioterapia en un 33,33% de los casos. Se necesita un mayor seguimiento para conocer los resultados a largo plazo.

**TITULO:** 72 - IMPACTO DE LA EDAD MATERNA EN LOS RESULTADOS OBSTETRICOS ADVERSOS

**AUTORES:** ROMERO REQUEJO, A.; GARCÍA HERNÁNDEZ, J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo**

Conocer la implicación de la edad materna en los resultados obstétricos y perinatales.

**Métodos**

Estudio observacional, retrospectivo, de las pacientes que acudieron para el control del embarazo al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno - Infantil (CHUIMI) en el periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2012.

Utilizando regresión logística binaria con el método enter, se exploró el comportamiento de la edad para determinar su asociación o no con las complicaciones.

**Resultados**

Se incluyeron un total de 13 088 pacientes.

La edad materna avanzada examinada como una variable continua y una vez ajustado el cálculo con otras características, se asocia significativamente con mayor riesgo de diabetes gestacional (OR 1,08 [95% IC: 1,07-1,10, p 001]), PE leve (OR 1,05 [95% IC: 1,003-1,10, p 05]), parto abdominal (OR 1,05 [95% IC: 1,04-1,06, p 001]) y recién nacidos de bajo peso (OR 1,03 [95% IC: 1,01-1,05, p 001]). A su vez se asocia con menor riesgo de muerte neonatal (OR 0,83 [95% IC: 0,74-0,92, p 001]). No se ha demostrado su asociación con la muerte fetal anteparto, las alteraciones del crecimiento fetal, la HTA gestacional, el parto prematuro espontáneo, la transfusión posparto de tres o más concentrados de hematíes, la distocia de hombros, la macrosomía fetal, el ingreso en UCIN del recién nacido, el Apgar menor de 7 al minuto de nacimiento y el pH arterial de cordón menor de 7. Tanto la diabetes gestacional, la PE leve, el parto abdominal y los recién nacidos de bajo peso presentaban mayor riesgo cuando mayor fue la edad materna, aunque se trata de una asociación muy débil ya que podemos observar como los OR son muy cercanos a 1.

**Conclusiones**

Nuestros resultados concuerdan con estudios previos. La edad materna debe ser combinada con otras características para calcular el riesgo ajustado e individualizado de resultados adversos.

**TITULO:** 73 - MODELO DE PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MUERTE FETAL ANTEPARTO EN GESTACIONES ÚNICAS

**AUTORES:** ROMERO REQUEJO, A.; GARCÍA HERNÁNDEZ, J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo**

Desarrollar un modelo para la predicción del riesgo específico e individualizado de muerte fetal anteparto (MFA).

**Método**

Estudio observacional, retrospectivo, de las pacientes que acudieron para el control del embarazo al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno - Infantil (CHUIMI) entre 2010 y 2012.

El modelo de predicción se realizó mediante un análisis de regresión logística binaria de selección condicional hacia delante para la muerte fetal anteparto y así valorar el riesgo individual de cada paciente.

**Resultados**

La MFA presentó una prevalencia del 0,6%. Procesando los datos sobre 12 614 casos incluidos en el análisis y 474 casos perdidos.

Tras realizar el análisis las variables que determinaron la muerte fetal anteparto fueron: la HTAc familiar (OR 0,52 [95% IC: 0,30-0,89, p 02]), la ausencia de esterilidad (OR 0,25 [95% IC: 0,07-0,88, p 03]), los mayores niveles en MoM de PAPP-A en 1º trimestre (OR 1,54 [95% IC: 1,04-2,27, p 03]), la menor edad gestacional en el momento del parto (OR 0,86 [95% IC: 0,76-0,96, p 01]) y el menor peso del recién nacido (OR 0,99 [95% IC: 0,89-0,996, p 001]).

Modelo de predicción:  $4,43 - 0,65 (x \text{ HTA familiar}) - 1,38 (x \text{ esterilidad}) + 0,43 (x \text{ PAPP-A MoM}) - 0,15 (x \text{ edad gestacional parto}) - 0,001 (x \text{ peso RN})$

**Conclusiones**

Resultaron factores protectores la HTAc familiar, la esterilidad y los menores niveles de PAPP-A. Aumentaron el riesgo la menor edad gestacional y el menor peso del recién nacido. Identificar a las pacientes con riesgo de MFA nos permite aplicar medidas para disminuir este resultado. En cualquier caso, el modelo de predicción calculado requiere de un estudio prospectivo para su validación.

**TÍTULO:** 74 - PREDICCIÓN DEL RIESGO DE PARTO ABDOMINAL EN GESTACIONES ÚNICAS

**AUTORES:** ROMERO REQUEJO, A.; GARCÍA HERNÁNDEZ, J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo**

Desarrollar un modelo para la predicción del riesgo específico e individualizado de cesárea.

**Método**

Estudio observacional, retrospectivo, de las pacientes que acudieron para el control del embarazo al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno - Infantil (CHUIMI) entre 2010 y 2012.

El modelo de predicción se realizó mediante un análisis de regresión logística binaria de selección condicional hacia delante para el parto abdominal y así valorar el riesgo individual de cada paciente.

**Resultados**

Procesando los datos sobre 12 344 casos incluidos en el análisis y 744 casos perdidos, se encontró asociación entre el aumento del riesgo de cesárea con: la mayor edad materna (OR 1,05 [95% IC: 1,04-1,06, p 001]), el mayor IMC al inicio de la gestación (OR 1,03 [95% IC: 1,02-1,04, p 001]), el hábito tabáquico (OR 1,23 [95% IC: 1,04-1,54, p 02]), la diabetes pregestacional (OR 2,42 [95% IC: 1,68-3,49, p 001]), la esterilidad (OR 1,33 [95% IC: 1,04-1,70, p 02]), la cesárea anterior (OR 2,72 [95% IC: 2,20-3,37, p 001]), el RCIU (OR 1,93 [95% IC: 1,37-2,72, p 001]), las uterinas patológicas en segundo trimestre (OR 2,23 [95% IC: 1,10-4,52, p 03]), la corioamnionitis intraparto (OR 2,18 [95% IC: 1,83-2,59, p 001]) y la inducción del parto (OR 4,48 [95% IC: 3,93-5,11, p 001]). Disminuyó el riesgo de cesárea el número de partos previos (OR 0,39 [95% IC: 0,33-0,46, p 001]).

Modelo de predicción:  $- 5,56 + 0,06 (x \text{ edad}) + 0,04 (x \text{ IMC al inicio}) + 0,22 (x \text{ fumadora}) - 0,89 (x \text{ n}^\circ \text{ partos}) + 1,03 (x \text{ DM}) + 0,22 (x \text{ DG}) + 0,85 (x \text{ uterinas patológicas}) + 0,54 (x \text{ RCIU}) + 1,50 (x \text{ parto inducido}) + 1,04 (x \text{ cesárea anterior}) + 0,78 (x \text{ corioamnionitis})$

**Conclusiones**

Identificar a las pacientes con riesgo nos permite aplicar medidas para disminuir los resultados adversos. El modelo de predicción calculado requiere de un estudio prospectivo para su validación.

**TÍTULO:** 75 - RIESGO DE RESULTADOS OBSTETRICOS Y PERINATALES ADVERSOS SEGÚN EL IMC MATERNO AL INICIO DE LA GESTACIÓN

**AUTORES:** ROMERO REQUEJO, A.; GARCÍA HERNÁNDEZ, J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Método**

Estudio observacional, retrospectivo, de las pacientes que acudieron para el control del embarazo al Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno - Infantil (CHUIMI) entre 2010 y 2012.

Mediante regresión logística binaria con el método enter, se exploró el comportamiento del IMC al inicio de la gestación para determinar el riesgo de complicaciones.

**Resultados**

Hubo un total de 13 088 pacientes.

La prevalencia de sobrepeso o más detectada en nuestro estudio es de un 44,7% al inicio de la gestación, aumentando hasta un 85,8% al final de la misma.

Utilizando el IMC como variable continua, ha demostrado que a mayor IMC mayor riesgo de aparición de diabetes gestacional (OR 1,06 [95% IC: 1,05-1,08, p 001] , muerte fetal anteparto (OR 1,04 [95% IC: 1,02-1,09, p 04]), HTA gestacional (OR 1,11 [95% IC: 1,07-1,14, p 001] , parto abdominal (OR 1,03 [95% IC: 1,02-1,04, p 001]), macrosomía fetal (OR 1,07 [95% IC: 1,06-1,08, p 001]) y Apgar menor de 7 al primer minuto de vida (OR 1,01 [95% IC: 1,004-1,03, p 02]). Las pacientes con mayor IMC presentaron menor riesgo de RCIU (OR 0,93 [95% IC: 0,91-0,96, p 001]), PEG (OR 0,90 [95% IC: 0,87-0,93, p 001]) o de recién nacido de bajo peso (OR 0,97 [95% IC: 0,95-0,99, p 04]). No hubo asociación con preeclampsia leve, parto prematuro espontáneo, transfusión de tres o más concentrados de hematíes en el puerperio, distocia de hombros, pH arterial de cordón menor de 7, ingreso del recién nacido en UCIN o muerte neonatal.

**Conclusiones**

En la actualidad se utiliza el IMC como evaluador de la obesidad, siendo más práctico que el peso por sí solo, ya que tiene en cuenta otros parámetros antropométricos.

Existe asociación del IMC con resultados adversos, si bien esta asociación ha sido débil.

**TITULO:** 76 - A PROPOSITO DE UN CASO: DISGENESIA GONADAL PURA 46XY O SÍNDROME DE SWYER.

**AUTORES:** BENÍTEZ CASTILLO N, SANTANA MATEO J, GONZÁLEZ GARCÍA-CANO D, NIETO NAYA MA, SEGURA GONZÁLEZ J

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Se presenta el caso de una paciente de 17 años que consulta por una amenorrea primaria. No refiere antecedentes de interés. Presenta un aspecto femenino normal, con desarrollo incompleto de los caracteres sexuales secundarios. A la exploración ginecológica se observan genitales externos y vagina normal. Al tacto bimanual impresiona un útero pequeño en anteversoflexión y no es posible tactar las zonas anexiales. Se realiza una ecografía transvaginal en la que se objetiva un útero pequeño y no se distinguen ovarios en ambas zonas anexiales. Se solicita un perfil hormonal que es normal y cariotipo con resultado 46XY. Ante los hallazgos el juicio diagnóstico es de Síndrome de Swyer. Se realiza una gonadectomía profiláctica vía laparoscópica. Intraoperatoriamente se objetiva un útero hipoplásico y los ovarios se encuentran sustituidos por cintillas fibrosas de color blanco nacarado. Tras la intervención la paciente recibió tratamiento con terapia de reemplazo hormonal.

El síndrome de Swyer es una disgenesia gonadal pura con cariotipo 46XY, fenotipo femenino y ausencia de tejido gonadal funcional. La incidencia se estima en 1/80000 nacimientos. En un 20% de los casos se han detectado anomalías del gen SRY (gen determinante del sexo). En el resto de casos, o bien no se detecta la alteración responsable o bien la alteración es en otro punto de la cascada de diferenciación sexual embrionaria.

Fenotípicamente son mujeres normales, escaso o nulo desarrollo de caracteres sexuales secundarios y genitales externos normales. El útero suele ser hipoplásico y las gónadas son sustituidas por cintillas ováricas, que se caracterizan por un tejido fibroso similar al ovario sin presencia de folículos primordiales. Pueden desarrollar tumores gonadales, por lo que está indicada una gonadectomía profiláctica preservando el útero para satisfacer el deseo genésico, ya que son pacientes que podrían beneficiarse de una donación ovocitaria.

**TITULO:** 77 - RESULTADOS DE LOS CICLOS DE FIV-ICSI EN LA UNIDAD DE REPRODUCCIÓN HUMANA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE CANARIAS SEGÚN EL IMC.

**AUTORES:** GARCÍA ESCRIBANO, P.; ÁLVAREZ SÁNCHEZ, M.; TABARES CONCEPCIÓN, J.; SANTANA SUÁREZ, A.; ROLDÁN GUTIÉRREZ, L.; TORRES AFONSO, M.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** El valor de IMC por encima de 30 condiciona el resultado de las técnicas de reproducción asistida, comportando peor calidad de los ovocitos, espermatozoides y embriones, disminuyendo la respuesta ovárica, tasas de implantación y gestación e incrementando las de aborto con una menor tasa de recién nacido sano en casa.

**Material y método:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo con el fin de estudiar la influencia del IMC en los resultados de los ciclos de FIV -ICSI desde Enero 2011 a Julio 2016 en nuestra Unidad. Se incluyeron 3447 ciclos de los que en 2906 la pacientes presentaban  $IMC < 30$  y 532  $IMC \geq 30$ . Se ha valorado que ambas poblaciones son homogéneas en cuanto a edad (35,41 versus 35,01), diagnóstico de esterilidad y protocolo de estimulación. No se encuentran diferencias significativas en dosis total de gonadotrofinas (3039,32 versus 3039,23), ovocitos MII recuperados (5,57 versus 5,41), ovocitos fecundados (3,86 versus 3,66), número de embriones transferidos (1,54 versus 1,51) ni en el número de embriones vitrificados (0,57 versus 0,52). Tampoco existe diferencia en el porcentaje de ciclos cancelados (8,6% versus 11,1%) (p 067). Solamente se encontró significación estadística en el número de días de estimulación (9,98 versus 10,39) [IC -0,602 - -0,218]. La tasa de embarazo por ciclo iniciado fue significativamente mayor en el grupo de  $IMC < 30$  (27,6% versus 22,7%) (p 018). Por transferencia esta diferencia se acerca a la significación estadística (36,8% versus 31,6%) (p 052).

**Conclusiones:** En nuestra población, las pacientes con IMC superior a 30 presentan peores resultados reproductivos con mayor duración de la estimulación ovárica y menores tasas de embarazo por ciclo iniciado. La ausencia de diferencias significativas en el resto de variables estudiadas y especialmente en la tasa de embarazo por transferencia puede ser achacable al menor tamaño muestral de éste grupo.

**TITULO:** 78 - ANALISIS DE LAS VARIABLES MATERNAS Y FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO ASOCIADOS CON LA MUERTE FETAL ANTEPARTO.

**AUTORES:** RAMOS MOJICA T, GALLARDO AROZENA M, PEÑA LUIS-RAVELO A, RODRÍGUEZ ZURITA A, DE LUÍS ESCUDERO JF, MENDEZ MORA D.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**Introducción:** Es fundamental conocer las causas de muerte fetal intrauterina para diseñar el plan estratégico de actuación, sabiendo que, en una elevada proporción de los casos, no se va a averiguar el motivo y que, en ocasiones, existe más de una causa que pueda contribuir. Existen diversos factores de riesgo para que este hecho acontezca, muchos relacionados con características maternas, siendo algunas modificables y otras no.

**Objetivos:** Estimar la asociación entre los factores de riesgo maternos y condiciones médicas asociadas con la muerte fetal anteparto (MFA).

**Material y métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo en pacientes con antecedente de MFA, citadas en la consulta de Cierre de Casos Obstétricos entre febrero de 2014 y junio de 2016, analizando las diferentes variables maternas y factores de riesgo del embarazo asociados con la MFA.

**Resultados:** Se describen en dicho periodo 43 casos de pacientes que tuvieron una MFA después de la semana 20. La media de edad materna fue de 31 años. El 16% de las pacientes eran fumadoras. El 67% de ellas eran nulíparas y usaron alguna TRA el 19% del total de la muestra. 91% de las pacientes eran de raza caucásica, un 4.5% de raza negra y otro 4.5% de raza asiática. Un 4.5% contaban con antecedente de éxitus fetal en gestaciones anteriores. Se describieron un 16% de casos de pacientes portadoras de trombofilias, un 6% de casos con patología hipertensiva y un 12% de gestantes diabéticas. Un 28% de las pacientes fueron diagnosticadas de CIR durante la gestación. El 23% de los casos de MFA se presentaron un índice de pulsatilidad medio de las arterias uterinas superior al p95.

**Conclusiones:** El desarrollo de CIR hay que tenerlo en cuenta para intentar disminuir la tasa de pérdidas fetales anteparto. Existe una importante fuerza de asociación entre el Doppler de las arterias uterinas y el riesgo de muerte fetal, de tal forma que hace desaparecer el significado de la mayoría de los factores de riesgo, tales como la raza, la edad, IMC y tabaquismo.



**TÍTULO:** 79 - LESIONES UROLOGICAS EN HISTERECTOMIAS. REVISION DE LAS LESIONES URETERALES (2002-2014).

**AUTORES:** GONZÁLEZ CUBAS, A.I.; PÉREZ PADRÓN, N.; DELGADO GODOY, S.C.; PÉREZ MORALES, E.; OCÓN PADRÓN, L.; SEARA FERNÁNDEZ, S.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivo:** revisión de lesiones ureterales en histerectomías según vía de abordaje, indicación y localización de las mismas.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo que incluye las histerectomías realizadas en el HUMIC entre los años 2002 y 2014. Se revisó del total de histerectomías la vía de abordaje, indicaciones y lesiones ureterales.

**Resultados:**

Entre el año 2002 y 2014 se produjeron 41 lesiones ureterales, 76% de ellas en histerectomías.

Se realizaron un total de 4883 histerectomías, con una media de 376 histerectomías por año.

En el 76% de los casos, la vía de abordaje fue abdominal, 29% vaginal y 15% laparoscópica.

Sólo en el año 2014 se realizaron 458 histerectomías, con un 49,8% vía abdominal, 27,59% vaginal y 22,7% laparoscópica. Del total de histerectomías realizadas, un 68% se trató de patología benigna, un 30% maligna y un 2% endometriosis. El 33,7% se indicó por leiomiomas uterinos, 25% por prolapso uterino y 32% por patología oncológica.

La incidencia de lesiones ureterales en histerectomías fue del 0,63%, con un 0,49% en abordaje vaginal, 0,41% laparoscópico y 0,77% abdominal. Se da un 0,48% en patología benigna, 0,89% maligna y 1,75% endometriosis. El punto de la lesión estaba poco definido en muchos de los casos, la mayoría (53,4%) a nivel del cruce con la arteria uterina. En cuanto a la lateralidad, la lesión del uréter izquierdo fue la más frecuente (60,7%).

**Conclusiones:**

Hay un aumento del número de histerectomías, con una mala progresión de la vía de abordaje en comparación con la literatura publicada.

Al realizar la histerectomía se debe prestar atención fundamentalmente a tres niveles: el pinzamiento, sección y ligadura del ligamento infundíbulo-pélvico, de la arteria uterina y del ligamento uterosacro, sobre todo en los casos de patologías que distorsionen la anatomía pélvica. Asimismo, es importante visualizar ambos uréteres al concluir la cirugía.

**TITULO:** 80 - MANEJO DE LA GESTACION ECTOPICA CORNUAL. PRESENTACION DE TRES CASOS.

**AUTORES:** GONZÁLEZ CUBAS, A.I.; PÉREZ MORALES, E.; OCÓN PADRÓN, L; DELGADO GODOY, S.C.; SEARA FERNÁNDEZ, S.; PRIETO MARTÍNEZ, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

El embarazo ectópico cornual es la implantación del óvulo fecundado en la porción intersticial de la trompa de Falopio. Tiene mayor riesgo de mortalidad materna en comparación con otros embarazos ectópicos por su proximidad con la arteria uterina. Se trata de una entidad poco prevalente (2%) con evidencia basada fundamentalmente en series de casos. Históricamente, el tratamiento consistía en histerectomía o resección del cuerno vía laparotómica. Actualmente el diagnóstico precoz ofrece la oportunidad de un tratamiento médico o quirúrgico más conservador. El tratamiento médico es la opción más atractiva, especialmente para las pacientes con deseo reproductivo. No hay evidencia para recomendar tratamiento con metrotexate sistémico frente al metrotexate intrasacular. La mayoría de los grupos prefieren el tratamiento sistémico (menos cruento) y, si no hay respuesta, combinan con tratamiento intrasacular. Una mejor práctica, recientemente propuesta, recomienda el tratamiento sistémico con metotrexato en mujeres hemodinámicamente estables con gestaciones ectópicas cornuales y resección quirúrgica en aquellas hemodinámicamente inestables o en las que el tratamiento médico esté contraindicado, fracase o prefieran cirugía.

Se presentan tres casos clínicos de embarazo ectópico cornual en los que se realizó tratamiento sistémico con metrotexate intramuscular, combinado con una dosis de metrotexate intrasacular transabdominal guiado por ecografía. Ninguna de las pacientes precisó resección quirúrgica. Durante su estancia todas permanecen asintomáticas, con episodios aislados de dolor abdominal cólico que ceden con analgesia y controles ecográficos sin signos de rotura. Las tres pacientes responden favorablemente al tratamiento médico, con una disminución progresiva de la concentración de  $\beta$ -hCG hasta hacerse indetectable, y con imágenes ecográficas al alta de consultas externas de formaciones correspondientes a embarazos ectópicos residuales.

**TITULO:** 81 - CONDILOMATOSIS PERIANAL. CASO CLINICO.

**AUTORES:** GONZÁLEZ CUBAS, A.I.; CARBALLO RASTRILLA, S.; MEDINA RAMOS, N.; BENITO REYES, V.; ARENCIBIA SÁNCHEZ, O.; LUBRANO ROSALES, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Los condilomas acuminados están considerados una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. Está causada por el virus del papiloma humano, siendo los subtipos 6 y 11 responsables del 95% de los mismos. La tasa de incidencia máxima se encuentra entre los 20 y 29 años de edad. La principal vía de transmisión es el contacto sexual, con un periodo de incubación entre 3 semanas y 8 meses. Los principales factores de riesgo son el número de parejas sexuales y el inicio precoz de las relaciones sexuales. La inmunodepresión se asocia a una mayor frecuencia de condilomas acuminados. Generalmente son asintomáticos, pero pueden cursar con prurito, sangrado o dispareunia. El diagnóstico es clínico, basado en la inspección visual. El tratamiento puede ser con inmunomoduladores, citotóxicos o tratamiento destructivo. El enfoque será individualizado y dependerá de la cantidad y extensión de las lesiones.

Se presenta el caso de una paciente de 53 años, fumadora, menopáusica, sin pareja sexual estable desde hace 3 meses, previamente 24 años. Consulta por un bulto en zona perianal de 7 meses de evolución, inicialmente catalogado como hemorroides, asociado a prurito y proliferación de lesiones condilomatosas perianales de 3 meses de evolución. A la inspección presenta múltiples lesiones condilomatosas sobre hemorroides externas y dos condilomas en introito, el mayor de 1 cm. Se realiza una colposcopia donde destaca una colpitis atrófica, sin otras lesiones. La citología líquida cervical es negativa y el test HPV (COBAS 4800) es positivo para otros virus de alto riesgo, negativo para serotipos 16 y 18. El tratamiento inicial dada la extensión y volumen de los condilomas perianales y la franca alteración en la calidad de vida es quirúrgico con éxito. Posteriormente cursa con buena recuperación y persisten lesiones en introito y mínimas perianales por lo que se pauta inmunomoduladores (sinecatequinas).

**TÍTULO:** 82 - METAPLASIA ÓSEA DE ENDOMETRIO. A PROPOSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

**AUTORES:** GARCÍA DE ARMAS, L; CONTRERAS GONZÁLEZ, B, RAMOS MOJICA, T; PEÑA LUIS RAVELO, AC; MOLINA BETANCOR, A

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**INTRODUCCIÓN** La osificación endometrial es una condición rara. Se han postulado varias teorías en relación a la metaplasia ósea. Una establece la retención de partes óseas fetales a partir de tejidos retenidos fetales no óseos. Otra teoría sostiene que células del endometrio se transformarían en tejido óseo y una tercera postula que tejidos embrionarios totipotenciales del endometrio, dan lugar a la formación de tejido óseo.

**CASOS CLÍNICOS** Se presenta el caso de una paciente de 27 años, nuligesta, remitida por menorragias con anemia secundaria y sangrado intermenstrual. Ecografía: endometrio con imagen redondeada hiperrefringente calcificada con refuerzo posterior de 8x3 mm. Histeroscopia: cavidad con pliegues endometriales con signo de desfiladero y una formación blanquecina intracavitaria miomatosa de unos 10 mm. Abundante tejido endometrial suculento. AP: hallazgos compatibles con leiomioma calcificado y metaplasia ósea de endometrio.

Se presenta el caso de una segunda paciente de 33 años, con un parto eutócico, presenta sangrado puerperal intermitente. Ecografía: tejido irregular calcificado. Histeroscopia: cavidad endometrial con protrusión blanquecina dura en cara anterior resecaándose por completo. AP: mucosa endometrial basal y miometrio superficial con microcalcificaciones de aspecto distrófico, metaplasia ósea de endometrio.

**DISCUSIÓN** La metaplasia ósea del endometrio es una causa poco frecuente de infertilidad actuando en forma similar al DIU, su extracción histeroscópica permitirá lograr embarazos en esas pacientes. La incidencia es de 3/10.000 mujeres (0,03%). Se ha descrito clínicamente alteraciones menstruales, leucorrea, dolor pélvico e infertilidad.

**CONCLUSIONES** En la actualidad la ultrasonografía transvaginal constituye el método que permite sospecharla. Algunos fragmentos óseos pueden ser embebidos por el miometrio no identificándose en la histeroscopia. El diagnóstico definitivo se realiza con el reporte histopatológico del material obtenido.

**TITULO:** 83 - LEIOMIOMAS UTERINOS ATÍPICOS, STUMP, LEIOMIOMA PLEOMORFICO Y LEIOMIOMA BIZARRO. DIFERENTE NOMENCLATURA PARA UN MISMO CONCEPTO HISTOPATOLÓGICO. SEGUIMIENTO DE 34 PACIENTES EN UN ÚNICO CENTRO.

**AUTORES:** ALVAREZ CUENOD J; AMARO ACOSTA A; SÁNCHEZ SÁNCHEZ V; ANDUJAR SANCHEZ M; SEARA FERNÁNDEZ S; MARTÍN MARTÍNEZ A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Los leiomiomas son el tumor benigno uterino más frecuente; en menos del 0,3% de los casos no se puede asegurar su clasificación histológica, pues presentan características comunes a los leiomiomas, sin cumplir los criterios diagnósticos histológicos necesarios para etiquetarlos como tales. Antiguamente denominados leiomiomas atípicos, pleomórficos y/o bizarros, actualmente se conocen como STUMP (Smooth Muscle Tumour of Uncertain Malignant Potential)

Presentamos 34 casos tratados en nuestro centro en el periodo 2001 - 2014; 26 casos diagnosticados de leiomioma uterino atípico (76.47%), 6 de STUMP (17.4%), 1 leiomioma pleomórfico (2.94%) y 1 leiomioma bizarro (2.94%).

La edad promedio de la muestra fue de 44.82 años (29-70 años); 85.3% eran pacientes premenopáusicas. El síntoma más frecuente fue hipermenorrea (52.94%), seguido del dolor/presión abdominal (26.47%).

El tratamiento inicial fue histerectomía simple en 58.8% de los casos; en 23,21% se realizó miomectomía seguida de histerectomía en segundo acto quirúrgico tras conocer el resultado histológico. Tres pacientes (8.82%) requirieron de una reintervención inmediata por sangrado y 8 del total (23.52%) presentaron anemia grave que precisó transfusión. El tamaño medio de los miomas atípicos fue de 8.21 cm (0.9-19 cm).

Se realizó seguimiento clínico y ecográfico a todas las pacientes un promedio de 4.19 años (2-15 años). Todos los casos continúan libres de enfermedad en el momento actual.

**Conclusión:**

EL diagnóstico anatomopatológico de mioma atípico puede resultar alarmante a priori, sin embargo, se comporta como tumor benigno en la mayoría de los casos

El riesgo de malignización y/o recidiva de los miomas atípicos va relacionado con las características histológicas del tumor en términos de presencia de necrosis celular, intensidad de la atipia celular y número de mitosis/10HPF. Ante un diagnóstico de STUMP o leiomioma atípico, se deberá solicitar al patólogo un informe detallado del caso para ajustar el riesgo y pauta de seguimiento a cada paciente.

**TITULO:** 84 - CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CON HPV Y CÁNCER DE CÉRVIX

**AUTORES:** MADSEN CHOPPI MA., ESPARZA MARTÍN M., BENITO REYES V., LUBRANO ROSALES A., ARENCIBIA SÁNCHEZ O

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivos:**

Conocer las características epidemiológicas asociados al VPH en nuestra población con cáncer de cérvix.

**Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo de las pacientes con cáncer de cérvix (estadio FIGO IB y superiores) registrados en nuestra unidad entre los años 1996 y 2013.

Se recogieron las siguientes variables: edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, toma de anticoncepción hormonal oral, consumo de tabaco, cribado cervical previo. Estudio estadístico con programa SPSS 20.0 en entorno iOS.

**Resultados:**

La serie estudiada incluye 561 casos de cáncer de cérvix diagnosticados en la Unidad de Ginecología Oncológica del CHUIMI entre 1996 y 2013.

La edad media del inicio de las relaciones sexuales era los 19 años (11-39 años).

Encontrándonos que un 14,3% iniciaban las relaciones sexuales por debajo de los 16 años. El número medio de parejas antes del diagnóstico era de 3,4 (1-50). La mayoría habían tenido escasas parejas sexuales; un 45,1% sólo una pareja, y un 47,9% entre 2 y 3 parejas. Sólo un 6,9% más de 3 parejas. Un 51,7% no había usado ACO previamente. Un 39,6% había utilizado ACO durante un periodo mayor o igual a 10 años. Con respecto al hábito tabáquico, un 57,5% no eran fumadoras. Dentro de las fumadoras un 66,8% fumaba más de 20 cigarrillos día. Un 34,8% eran multíparas y un 47,3% eran menopaúsicas.

Un 53,2% no se había realizado una citología previa al diagnóstico en los últimos 10 años. Un 1,4% eran portadoras del VIH.

**Conclusiones:**

Las pacientes de nuestra población no presentaban factores de riesgo propios para la adquisición del VPH (edad media de inicio de relaciones por encima de los 19 años y un 93% había tenido escaso número de parejas menor o igual a 3). Destacar que más del 53% nunca se había realizado una citología previamente. Un 4,4% tenían antecedentes de displasia cervical.

## **TITULO:** 85 - FACTORES ASOCIADOS A LA RECURRENCIA EN EL CANCER DE CERVIX

**AUTORES:** MADSEN CHOPPI MA., SANTANA SUAREZ MA., ESPARZA MARTÍN M., BENITO REYES V., LUBRANO ROSALES A., ARENCIBIA SÁNCHEZ O

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **Objetivos:**

Conocer el patrón y el riesgo de recurrencia de las pacientes con cáncer de cérvix de la Unidad de Ginecología Oncológica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias.

### **Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo de las pacientes con cáncer de cérvix (estadio FIGO IB y superiores) entre los años 1996 y 2013.

Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, anatomopatológicas y estado actual de las pacientes.

### **Resultados:**

La serie estudiada incluye 561 casos. La edad media al diagnóstico fue de 52,9 años (26-97 años). En un 92,8 % la enfermedad se localizaba en el área pélvica en el estudio de extensión, un 5% a nivel abdominal (principalmente paraórtico) y un 2,2% enfermedad metastásica.

Con respecto a la estadificación FIGO, un 35,2% tenían enfermedad cervical menor de 4 cms (IB1-IIA1). Un 58,9% presentaban un cáncer de cérvix localmente avanzado (IB2-IIA2-IIB-IIIA-IIIB) y un 5,8% enfermedad metastásica (IVA-IVB).

Un 62,7% presentaron una respuesta completa al tratamiento y no han presentado una recidiva. En un 21,5% la enfermedad persistió o progreso, y en una 15,8% se diagnóstico de una recidiva, a partir de los 6 meses de haber completado el tratamiento.

En un 75% las recidivas ocurrían dentro de los tres primeros años,

En un 35,2% la localización más frecuente de las recidivas era a nivel locoregional, seguido de las metástasis a distancia en un un 30,7% y de la recidiva ganglionar a nivel paraórticos en un 18,2%. El pulmón, en un 74% era la región más frecuente de metástasis a distancia.

Las pruebas de imagen junto con los marcadores tumorales, ambos con un 31,8% eran las pruebas que nos ayudaban al diagnóstico de la recidiva.

### **Conclusiones:**

En nuestra serie los estadios FIGOS avanzados, la presencia de adenopatías en el estudio de extensión y cifras elevadas de Ag-SCC al diagnóstico o durante el seguimiento estaban relacionados con mayor riesgo de recidiva.

## **TITULO:** 86 - RESULTADOS DE LA HISTERECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA TOTAL EN EL CÁNCER DE CÉRVIX EN ESTADIOS PRECOCES

**AUTORES:** MADSEN CHOPPI MA., SANTANA SUÁREZ MA., LUBRANO ROSALES A., BENITO REYES V., ARENCIBIA SÁNCHEZ O., ESPARZA MARTÍN M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **Introducción:**

La histerectomía radical y la linfadenectomía pélvica sigue siendo el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de cérvix en estadios precoces (FIGO IA2, IB1 y IIA1). Un problema específico de la histerectomía radical es el riesgo de secuelas urinarias funcionales que pueden llegar a ser invalidantes y está directamente relacionado con la radicalidad quirúrgica y están presentes en el 15-20% de los casos según las series históricas de histerectomía radical abdominal PIVER III.

La histerectomía radical laparoscópica con preservación nerviosa puede proporcionar la posibilidad de mejorar la calidad de vida a través de una reducción de la disfunción vesical, sexual y gastrointestinal, sin comprometer la radicalidad.

### **Objetivo:**

Evaluar la factibilidad, la morbilidad perioperatoria y la supervivencia de la histerectomía radical laparoscópica total en una serie de 68 pacientes con cáncer de cérvix.

**Material y Método:** Revisión desde Marzo de 2008 hasta Diciembre del 2015 de todos los casos de cáncer invasivo de cérvix evaluadas por la Unidad de Ginecología Oncológica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. 68 pacientes consecutivas en las que se indicó histerectomía radical laparoscópica total y linfadenectomía pélvica bilateral.

### **Resultado:**

La edad media de nuestras pacientes fue de 47,01 años (29-69) y el índice de masa corporal fue de 25,6 (rango: 18-35). El estadio FIGO y las características histológicas de los tumores se reflejan en la tabla 1. La histerectomía radical laparoscópica total se completó en 65 casos (tasa de factibilidad 95,6%). En el 88,8% de los casos (57/68) se realizó preservación nerviosa. El tiempo operatorio medio fue de 289 min, con un rango de 240-420.

La complicación operatoria más frecuente fue la cistotomía accidental durante la disección del plano vesicovaginal (4 casos), realizándose la sutura por laparoscopia en todos los casos.

Tuvimos 2 lesiones ureterales y una lesión del nervio obturador que requirió una laparotomía para su sutura, sin secuelas posteriores.

La tasa de complicaciones postoperatorias relevantes fue del 7,35% con 5 casos: 1 fístula vesicovaginal (se resolvió con mantenimiento de sonda vesical permanente durante 1 mes), 2 atonías vesicales y 2 urgencias miccionales. La tasa de transfusión sanguínea, durante la estancia hospitalaria, fue del 2,9% (2 pacientes). La estancia hospitalaria media global fue de 5,6 días (2-20).

Se realizó biopsia selectiva de ganglio centinela en 40 de las pacientes con una media de 2.5 ganglios obtenidos por paciente.

El número medio de ganglios pélvicos obtenidos fue de 19 (rango: 7-47). La tasa de ganglios positivos fue del 10,29% (7 casos), 6 de ellos correspondientes a estadios IB1 y 1 caso a estadio IIA1.

Se indicó, por la asociación de factores de riesgo, tratamiento quimioradioterápico complementario en 14 casos (20,58%).

Durante el seguimiento, que fue de media 89 meses (rango: 91-2), 3 pacientes recayeron y 1 paciente ha fallecido por la enfermedad siendo la tasa de supervivencia global del 98,5%.

### **CONCLUSIÓN:**

La histerectomía radical laparoscópica total es una técnica factible en la mayoría de los pacientes con cáncer de cérvix uterino. La eficacia y la seguridad de la técnica son equiparables al estándar abdominal.



## **TITULO:** 87 - EVALUACION PROSPECTIVA DE LAS PACIENTES GESTANTES CON CARDIOPATÍAS

**AUTORES:** ROMERO REQUEJO, A.R.; VALLE MORALES, L.; VEGA GUEDES, B.; MARTÍNEZ QUINTANA, EFRÉN.; HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, L.; GARCÍA HERNÁNDEZ, J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Objetivos:** Conocer las características demográficas, las complicaciones maternas y obstétricas así como los resultados perinatales de mujeres con cardiopatías.

**Método:** Estudio observacional de 53 pacientes controladas en la Consulta de Cardiopatías Congénitas o Adquiridas (GESTCARDIO) del CHUIMI durante los años 2010 y 2014.

**Resultados:** El análisis incluyó a 53 gestaciones completadas.

La edad media materna fue de 29,42 años (S.D. 6,68) con rango de 17 a 44 años. 39/53 (73,6%) de las pacientes presentaban normo peso, 14/53 (26,4%) sobrepeso y no había ningún caso de obesidad. 50/53 (94,3%) pacientes no eran fumadoras.

La mayoría de las pacientes 49/53 (92,5%) no tenían otros antecedentes personales distintos de su cardiopatía y ninguna tenía hijos previos con cardiopatía congénita. Un total de 1/53 (1,9%) recibió consejo preconcepcional.

En 48/53 (90,6%) casos la gestación fue espontánea y un total de 50/53 (94,3%) gestaciones únicas.

Se clasificaron según la Clase Funcional NYHA en Clase I, Clase II, Clase III y Clase IV, al inicio y al final de la gestación. Al inicio de la gestación se identificaron 49/53 (92,5%) en Clase Funcional I, 3/53 (5,7%) en Clase Funcional II y 1/53 (1,9%) en Clase Funcional III. Al final de la gestación existían 45/53 (84,9%) en Clase Funcional I, 4/53 (7,5%) en Clase Funcional II, 1/53 (1,9%) en Clase Funcional III y 1/53 (1,9%) en Clase Funcional IV.

Se dividieron las cardiopatías según su riesgo de complicaciones, identificando 45/53(84,9%) de bajo riesgo, 6/53 (11,3%) de moderado riesgo y 2/53 (3,8) de alto riesgo de complicaciones. Según el tipo patología cardíaca, existían en orden de frecuencia: arritmias cardíacas 15/53 (28,3%), valvulopatías 15/53 (28,3%), defectos septales 11/53 (20,8%), otras patologías 4/53 (7,6%), patología de la aorta 3/53 (5,7%), transposición de grandes arterias (TGA) 2/53 (3,8%), conectivopatías 2/53 (3,8%) y Tetralogía de Fallot 1/53 (1,9%).

La edad gestacional media en el momento del parto fue de 39 semanas (S.D.2,03) con un rango de entre 32 y 42 semanas. Hubo 2/53 (3,7%) partos pretérmino, uno espontáneo en la semana 32 y otro yatrógeno en la semana 34 al indicar una cesárea electiva por patología materna.

Las complicaciones obstétricas más frecuentes fueron las alteraciones del crecimiento fetal 5/53(9,4%) y la diabetes gestacional 4/53(7,5%) seguidas de las alteraciones hipertensivas 1/53(1,9%). No hubo ningún caso de muerte fetal anteparto.

Respecto a la forma de inicio del parto, hubo 6/53 (11,3%) cesáreas electivas, 3 de ellas indicadas a causa de la cardiopatía materna. 27/53 (50,9%) comenzaron de forma espontánea y 13/53(24,5%) fueron inducidos. La analgesia durante el parto fue mayoritariamente epidural 34/53 (64,2%).

El peso medio de los recién nacidos fue de 3105,65 gramos (S.D. 598,18) en un rango entre 1320 y 3900 gramos. Requirieron ingreso en UCIN 1/55 (1,8%) recién nacido, que fue dado de alta sin incidencias.

Se realizaron ecocardiografía fetal precoz el 5,7% de las paciente que la tenían indicada. Existió un único caso de recurrencia, una CIA en un recién nacido con madre con la misma patología.

En 3/53 (5,6%) de los casos se trasladó a la paciente a Cuidados Intensivos.

Las complicaciones maternas a destacar fueron, el empeoramiento de la Clase Funcional en

3/53 (5,6%) casos, 1/53 (1,8%) arritmia grave y una histerectomía puerperal 1/53 (1,8%). Teniendo en cuenta la evidencia actual, en ningún caso estaba indicada la profilaxis de endocarditis bacteriana, siendo aún así indicada en 3/53 (5,7%) de los casos.

Conclusiones: Las cardiopatías son la primera causa de muerte materna indirecta y los resultados obstétricos y perinatales de las gestantes con cardiopatías son limitados. Un manejo multidisciplinar ha permitido conseguir buenos resultados perinatales y no presentar complicaciones graves. Queda evidencia de la necesidad de realizar consejo preconcepcional para que estas pacientes queden gestantes en las mejores condiciones y con un adecuado asesoramiento o incluso eviten una gestación en los casos de patologías con mayor mortalidad.

**TITULO:** 88 - NUESTROS RESULTADOS EN LAS LINFADENECTOMIAS RETROPERITONEALES REALIZADAS A PACIENTES CON CÁNCER DE CÉRVIX

**AUTORES:** BEATRIZ CONTRERAS GONZALEZ, CRISTINA LORENZO BELLO, LAURA GARCÍA DE ARMAS, MAXIMINA SUAREZ DÍAZ, ALFONSO QUESADA LÓPEZ.FE, JOSE ANTONIO PÉREZ ÁLVAREZ, MARÍA NIEVES SUÁREZ HERNÁNDEZ

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

**Objetivos**

Determinar la incidencia, en nuestro medio, de ganglios linfáticos positivos (GLP) en la linfadenectomía retroperitoneal (LR) de pacientes con cáncer de cérvix (CC) con estadios IIA o superior; su concordancia con las pruebas de imagen realizadas y la evolución clínica de las mismas.

**Material y Método**

Realizamos un estudio observacional retrospectivo con 56 pacientes intervenidas de LR por CC entre el 2009 y 2015 en el HUNSC. Para ello revisamos: 1) las anatomías patológicas (AP) de la LR; 2) los resultados del TC y PET/TC del estudio de extensión y la concordancia en la detección de ganglios retroperitoneales sospechosos con la AP definitiva ; 3) evolución clínica (último control realizado entre abril y agosto del 2016).

**Resultados**

De las 56 pacientes sometidas a LR, 9 tuvieron GLP (16%). El 55% de ellas, tenían TC de extensión (con un 20% de concordancia con la AP definitiva). El 22% tenían PET/TC realizado (con un 50% de concordancia). En dos casos (23% restante) sólo tenían RM de pelvis.

**Comentarios**

En la evolución clínica de las pacientes sometidas a LR, se objetivó una mortalidad del 44% (4 pacientes) de las GLP, frente al 21% (10 pacientes) con ganglios negativos. De las GLP, un 20% (1 paciente) presentó progresión de su enfermedad que requirió quimioterapia adyuvante.

**Conclusiones**

- De las 56 LR realizadas en HUNSC por CC avanzado: 9 pacientes (16%) tuvieron GLP, con una mortalidad de más del doble respecto a las que tenían ganglios negativos.
- El PET/TC es la prueba que mejor correlaciona la presencia de adenopatías sospechosas retroperitoneales con el resultado final de AP.
- Actualmente, de las 9 pacientes con GLP, 4 fallecieron, una está en progresión y el resto: libres de enfermedad.

**TITULO:** 89 - RECIDIVA PARA-RENAL AL QUINTO AÑO DE SEGUIMIENTO DE UNA PACIENTE CON CÁNCER DE CÉRVIX IIA2

**AUTORES:** CRISTINA LORENZO BELLO, BEATRIZ CONTRERAS GONZALEZ, LAURA GARCÍA DE ARMAS, ADA CRISTINA PEÑA RAVELO, MAXIMINA SUÁREZ DÍAZ, MARIA NIEVES SUAREZ HERNANDEZ, ALFONSO QUESADA LÓPEZ-FE

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

#### Objetivo:

Sabemos que uno de los lugares de metástasis a distancia del cáncer de cérvix son los ganglios retroperitoneales izquierdos (con mayor frecuencia). Presentamos un caso clínico de recidiva detectada en TAC de control realizado previo al alta, al quinto año de seguimiento.

#### Material y metodos

48 años de edad

AP: DM tipo 2, obesidad, talasemia minor.

AQX: Colectectomía y dos cesáreas.

Recibió quimioradioterapia concomitante y braquiterapia (finalizada el 9/9/2010) por un adenocarcinoma de cérvix G2, estadio IIA (Figo 2009) que infiltraba endometrio.

#### Resultados

Los posteriores controles de seguimiento (citológicos, HPV e imagen) fueron negativos. En diciembre del 2015 la paciente acude a consulta (quinto año de seguimiento) refiriendo hematuria de un mes de evolución asociado a sd.febril. A la exploración: cleisis del tercio superior de la vagina, uretra edematizada y TR normal. Se solicita TAC de control, resultado: Conglomerado adenopático retroperitoneal izquierdo de 64x47 mm, que plantea un origen metastásico como primera posibilidad. Se solicita PET-TC, resultado: sin otros hallazgos; y RM cérvix, resultado: sin signos de recidiva local de la enfermedad.

#### Comentarios

A la vista de los resultados se decide realizar el 4/4/2016 resección del conglomerado adenopático izquierdo + linfadenectomía paraaórtica + linfadenectomía interaortocava, mediante laparotomía media supra e infraumbilical.

#### Conclusiones

El informe anatomopatológico muestra, a nivel de dicho conglomerado adenopático paraaórtico izquierdo, múltiples metástasis ganglionares linfáticas fusionadas de adenocarcinoma que constituyen un conglomerado de 7 cm de medida máxima. Linfadenectomía paraaórtica izquierda: sin evidencia de neoplasia en 11 ganglios linfáticos. Linfadenectomía interaortocava: sin evidencia de neoplasia en 5 ganglios linfáticos. Con los hallazgos, se decide en comité la administración de tratamiento quimioradioterápico concomitante.

**TITULO:** 90 - POLIPO ENDOCERVICAL GIGANTE DISPLASICO. A PROPOSITO DE UN CASO.

**AUTORES:** OLGA DEL PILAR ROSALES AEDO, YAMILET CAROLINA QUINTERO QUINTERO, FÁTIMA KANG GIL, ABIÁN VEGA FALCÓN, CANDELARIO MENDOZA CRUZ, JOSE LUIS TRUJILLO CARRILLO

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE)

Los pólipos cervicales gigantes son una patología infrecuente, suelen ser asintomáticos, y su histopatología suele ser benigna.

Presentamos un caso clínico de un pólipo cervical gigante cuyo resultado anatomopatológico mostró focos de displasia moderada-grave con p16 positivo y cérvix restante no afecto.

Paciente de 59 años, con antecedente de 5 abortos, que acude a urgencias por sangrado vaginal escaso autolimitado. Última revisión ginecológica hace 2 años, citologías negativas hasta el momento. A la exploración, presenta gran pólipo de 5 cm que sobresale a través de introito, de base ancha que asoma a través de orificio cervical externo, friable al tacto, sin sangrado activo. Se realiza polipectomía mediante torsión, extirpándose completamente el pólipo, y coagulando la base mediante nitrato de plata. El resultado anatomopatológico mostró un pólipo endocervical con focos de displasia moderada-grave CIN III, positivo para P16. La revisión mostró una colposcopia satisfactoria normal y la citología líquida cervical fue negativa para lesión intraepitelial o malignidad con serología para HPV negativa. La paciente continúa en seguimiento en unidad de Patología Cervical.

#### CONCLUSIONES:

Los pólipos cervicales gigantes se suelen presentar como masas protruyendo del introito y sangrado vaginal, en mujeres nulíparas. Su incidencia es de 4-10% entre todas las lesiones cervicales. Aparecen como resultado de una endocervicitis crónica papilar. Histológicamente, los pólipos están compuestos de epitelio endocervical con un tallo fibrovascular. Aunque la mayoría de los pólipos son benignos, los cambios carcinomatosos ocurren en el 1.7%. Algunos pólipos están relacionados con lesiones malignas o premalignas cervicales o endometriales. Si existe displasia en el cérvix, puede también presentarse en esta presente en la superficie del pólipo. En este caso había presencia de CIN en el pólipo pero no se encontraba presente en el cérvix. El principal diagnóstico diferencial anatomopatológico es metaplasia escamosa inmadura, por lo que se realizó P-16, que es positivo en CIN y negativo en metaplasia inmadura. La sobreexpresión de p16 es altamente específica de las lesiones displásicas, las cuales son casi siempre positivas, mientras que es negativa en la mayoría de lesiones reactivas.

**TITULO:** 91 - COMO HEMOS CAMBIADO.... IMPACTO DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LA TASA DE COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA.

**AUTORES:** SÁNCHEZ SÁNCHEZ V., YEPEZ MARTÍNEZ S., SEARA FERNÁNDEZ S., ALVAREZ CUENOD J., MARTÍN MARTÍNEZ A., GARCÍA HERNÁNDEZ JA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Se presentan los resultados del análisis comparativo realizado para los indicadores: diagnóstico principal, proceso oncológico / no oncológico, vía abordaje, tasa de complicaciones, estancia media postoperatoria, para el global histerectomías realizadas en nuestro Servicio en los años 2003 y 2015 respectivamente.

La distribución proceso oncológico / no oncológico fue 75% / 25% en 2003 y 73% / 27% en 2015

La vía de abordaje quirúrgico en 2003 fue laparotómica 73%, vaginal 27%, laparoscópica 0%. En 2015 fue laparotómica 52%, vaginal 25% y laparoscópica en el 23%.

Los diagnósticos más frecuentes en ambos años para procesos no oncológicos fueron: Útero miomatoso y prolapso genital.

La tasa global de complicaciones en 2013 para histerectomías laparotómicas fue 40% y 13,8% para vaginales. En el año 2015 la tasa global de complicaciones para histerectomías laparotómicas fue 14,7%, 5% para vaginales y 14,1% en laparoscópicas. Detallando las complicaciones, la morbilidad infecciosa fue 18,6% en 2003 y 4,26% en 2015, La tasa de transfusión por anemia severa del 14.3% en 2003 y 4,9% en 2015; las complicaciones con amenaza vital fueron 1,2% en 2003 y 0,4% en 2015; el número de reingresos fue 3,1% en 2003 y 2,3% en 2015. Los acontecimientos adversos mayores (lesión vesical, uréter, intestino, reintervención, etc): fueron 5,9% en 2003 y 6,3% en 2015

La estancia media postoperatoria en 2003 para histerectomías abdominales fue 8,3 días y 6,5 d. en 2015; para vaginales fue 5 días en 2003 y 3,6 d. en 2015. Para vía laparoscópica 4 días en 2015.

**Conclusiones:**

La mejora de la profilaxis antibiótica en cirugía, la mejora del proceso de diagnóstico e indicación quirúrgicos, el adiestramiento quirúrgico, el desarrollo de vías de abordaje menos invasivas y nuevas técnicas quirúrgicas, la revisión sistemática de los indicadores ligados a la calidad del programa quirúrgico, nos han permitido mejorar notablemente nuestros resultados en este último decenio.

**TITULO:** 92 - REGISTRO DE COMPLICACIONES EN EL PROGRAMA QUIRURGICO: UNA HERRAMIENTA BÁSICA DE GESTIÓN EN CALIDAD

**AUTORES:** SÁNCHEZ SÁNCHEZ V., YEPEZ MARTÍNEZ Y., EMERGUI ZRIHEN Y., SEARA FERNÁNDEZ S., MARTÍN MARTÍNEZ A., GARCÍA HERNÁNDEZ J.A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

Se han revisado las complicaciones asociadas al procedimiento de histerectomía durante el año 2015 en nuestro Centro. Estos datos, extraídos del nuestro Registro de Complicaciones Quirúrgicas, se muestran diferenciados según vía de abordaje quirúrgico y patología que motivó la indicación quirúrgica.

Durante 2015 se realizaron 469 histerectomías, con/sin anexectomía asociada; 343 por patología benigna (73% del total); fueron practicadas 61,5% vía laparotomía, 32,7% vaginales y 5,8% laparoscópicas.

Los diagnósticos más frecuentes fueron: Útero miomatoso para vía laparotómica y prolapso genital para vía vaginal.

La tasa global de complicaciones fue 8,75% (30/343). Para histerectomías laparotómicas esta tasa fue 10,9% (23/211), la complicación más frecuente fue anemia severa postoperatoria que precisó transfusión (11/211) y para la vía vaginal la tasa de complicaciones fue 4,5% (5/112); la complicación más frecuente fue la reconversión de vía de abordaje (3/112). Para histerectomías laparoscópicas la tasa de complicaciones fue 10% (2/20)

Se realizaron 126 histerectomías por patología maligna (27% del total) de útero, cérvix u ovario; 68,2% vía laparoscópica, 26,9% laparotómicas, 4,9% vaginales

La tasa global de complicaciones fue 21,4% (27/126). Para vía laparotómica esta tasa fue 38,2% (13/34). La complicación más frecuente fue anemia severa en postoperatorio con transfusión (10/34). Para la vía vaginal la tasa de complicaciones fue 16,6% (1/6) y para las laparoscópicas 15,1% (13/86); la complicación más frecuente fue reconversión de vía de abordaje (8/86)

Nuestros resultados son equiparables a los de otros registros de complicaciones publicados. Los resultados para procedimientos quirúrgicos oncológicos deben distinguirse de los generales pues son procedimientos de mayor complejidad que asocian mayor tasa de complicaciones; en nuestra serie esta tasa es de más del doble que la de procesos no oncológicos

La revisión sistemática de las complicaciones asociadas a procedimientos quirúrgicos permite identificar desviaciones y acciones de mejora que deben implementarse para minimizar el riesgo de complicaciones para nuestras pacientes

**TITULO:** 93 - ¿ EXISTE MAYOR INCIDENCIA DE INSUFICIENCIA PLACENTARIA EN MUJERES CUYA GESTACIÓN FUE CONSEGUIDA CON INSEMINACIÓN CON SEMEN DE DONANTE?

**AUTORES:** SANTANA MATEO J., ROLDÁN GUTIERREZ L., GARCÍA ESCRIBANO P., TABARES CONCEPCIÓN J., TORRES AFONSO A., ÁLVAREZ SÁNCHEZ M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** En embarazos conseguidos tras semen de donante, se sugiere que la inseminación heteróloga incrementa el riesgo de preeclampsia (PE) y crecimiento intrauterino restringido (CIR) por factores inmunológicos. Nuestro objetivo es determinar la incidencia de PE y CIR en estas pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de cohortes retrospectivo incluyendo 236 gestaciones tras inseminación, 64 IAD y grupo control 172 IAC, utilizando la base de datos de la Unidad de Reproducción Humana entre Enero 2011 y Diciembre 2015. Se incluyen gestaciones evolutivas superiores a 24 semanas. Se excluyen partos en otro centro.

**RESULTADOS:**

Ambas poblaciones son homogéneas en cuanto a edad (33,3 versus 32,9), IMC ( 24,4 versus 25,0) y dosis de gonadotropinas (491,0 versus 545,7). Existe significación estadística en los días de estimulación (8,0 versus 9,2) [0,271-2,165]. Son indicaciones de IAD 37,1% pareja homosexual, 28,8%, mujer sin pareja y 22,9% factor masculino y de IAC 44% esterilidad de origen desconocido, 23,5% factor ovárico y 13,7% masculino. Existe significación estadística en porcentaje de paciente con IP arterias uterinas >95 en semana 24 (9,5% versus 2,9%) (p 032). Respecto a los datos obstétricos no se encontraron diferencias en: tipo de gestación (94,0% única y 4,3% gemelar versus 90,0% y 10,0%), abortos (5,7% versus 1,1%) ni tipo de parto (64,2% eutócico, 18,9% cesárea, 17,0% fórceps, frente 59,6%, 22,6% y 17,1%). En los resultados perinatales no se encuentra significación en: peso del recién nacido (3.186 gr versus 3.054 gr), Apgar al minuto o 5 minutos ni Ph arterial medio (7,22 versus 7,21). Se observa una tendencia elevada de las alteraciones placentarias en IAD (10,9%) frente a IAC (8,1%), siendo más marcada en mayores de 35 años tras IAC, sin significación estadística (p 502). En las IAD observamos 28,6% de preeclampsia y 57,1% de CIR versus 42,9% y 50,0% en IAC.

**CONCLUSIONES:**

En nuestra población las pacientes sometidas a IAD presentan más días de estimulación y mayor incidencia de elevación de IP en arterias uterinas en semana 24. La incidencia de insuficiencia placentaria es discretamente superior en estas pacientes y la ausencia de significación estadística puede ser debida al pequeño tamaño muestral.



**TITULO:** 94 - EL RETO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MIXTA: MALLA TRANSOBTURADORA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A INTRAVESICAL EN EL MISMO ACTO QUIRÚRGICO

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., FERNÁNDEZ MEDEROS A., PÉREZ MORALESME., LASECA MODREGO M., SANTANA SUÁREZ MA., MADSEN CHOPPI MA

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVOS

Analizar los resultados clínicos y urodinámicos a corto y a largo plazo en aquellas pacientes con diagnóstico de IUM tratadas con malla transobturadora y Toxina Botulínica intravesical.

## MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. Se incluyeron aquellas mujeres en seguimiento por la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Ginecología y Obstetricia con diagnóstico de IUM intervenidas mediante malla transobturadora (TOT) y Toxina Botulínica tipo A (TBON-A) intravesical en el mismo acto quirúrgico, desde Octubre de 2011 a Diciembre de 2015.

Para el diagnóstico se empleó un cuestionario de síntomas, se llevó a cabo un test de incontinencia y un estudio urodinámico. La calidad de vida se evaluó con el test de Sandvik. Se realizaron controles a los 2, 6 y 12 meses tras la cirugía.

Los criterios de selección para la indicación del tratamiento combinado fueron: Incontinencia Urinaria de Mixta (IUM) asociado a 2 o más de los siguientes criterios:

1. Componente de urgencia severo sin mejoría tras tratamiento farmacológico.
2. Capacidad vesical disminuida.
3. Acomodación disminuida.
4. Más de cuatro contracciones no inhibidas en la fase de llenado vesical.
5. Presión máxima del detrusor superior a 45 cmH<sub>2</sub>O.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete SPSS versión 22.

## RESULTADOS

Se incluyeron 51 pacientes, todas con diagnóstico de IUM. La edad media fue de 55,47 años y el IMC medio fue de 29,76. Catorce de las pacientes (27,5%) padecían de Diabetes Mellitus tipo II. El 72,7% eran multíparas y el 17,7% tenía como antecedente una o más cesáreas. El 72,5% no tenía ningún tipo de cirugía ginecológica y el 9,9% tenía como antecedente una cirugía antiincontinencia. El test de Sandvik previo a la cirugía catalogó la IU en un 66,7% como muy severa, 21,6% severa, 11,8% moderada. Ninguna paciente refirió síntomas de disfunción de vaciado.

El 88,2% tenía un test de incontinencia positivo con un test de Bonney positivo en el 51%. El volumen de orina residual fue menor de 100 cc en todas las pacientes.

La capacidad vesical máxima media fue de 252,33 cc (rango 62-397), la presión máxima del detrusor media de 47,81 cmH<sub>2</sub>O (rango 0-204) y el primer deseo apareció a los 72,49 cc (rango 8-184). La sensibilidad vesical estaba aumentada en el 74,5% y la acomodación disminuida en el 63%. Se objetivaron contracciones no inhibidas durante el llenado en el 45,8%.

A todas las pacientes se les instiló 100 UI de (TBON-A) y se colocó una malla TOT, a excepción de los tres casos con antecedentes de TOT a las cuales se les colocó una TVT.

El volumen de orina residual a los 14 días tras la cirugía fue menor de 100 cc en el 68,3%, 13 pacientes (31,7%) precisaron autosondaje.

A los dos meses de la intervención, ninguna paciente continuaba con autosondajes y tan solo tres pacientes (6,5%) tuvieron un Sandvik en rango severo. El 11,2% (5 pacientes) tenía

síntomas de urgencia, 8,7% (4 pacientes) de esfuerzo y dos pacientes (4,3%) tenían ambos síntomas. El 21,7% (10 pacientes) presentaba síntomas de disfunción de vaciado, la mayoría con dificultad para iniciar la micción, y el 13% (6 pacientes) presentó al menos un episodio de infección urinaria. A la exploración, se objetivó un caso de extrusión de malla (TOT).

A los seis meses, una paciente tuvo un Sandvik en rango severo, cuatro pacientes (9,1%) tuvieron síntomas de urgencia, el 11,4% (5 pacientes) síntomas de esfuerzo y cuatro pacientes (9%) tenían síntomas de IUM. El 13,6% (6 pacientes) presentaba síntomas de disfunción de vaciado y el 6,8% (3 pacientes) presentó al menos un episodio de infección urinaria. Se objetivó un nuevo caso de extrusión de una malla TOT.

Al año de la cirugía, se realizó un estudio urodinámico de control a 24 de las pacientes. La flujometría presentó un patrón obstructivo en una paciente. La capacidad vesical máxima media fue de 316,29 cc (rango 138-400), la presión máxima del detrusor media de 37,95 cmH<sub>2</sub>O (rango 4-106) y el primer deseo apareció a los 149,62 cc (rango 53-381); siendo estadísticamente significativo el incremento de la capacidad vesical máxima y el retraso del primer deseo con respecto a los valores previos a la cirugía. Al completar el estudio se estableció el diagnóstico de dos casos de incontinencia urinaria de urgencia (IUU), un caso de IUE y un caso de IUM.

El uso de anticolinérgicos se redujo de un 76,5% previo a la cirugía a un 23,3% al año de la intervención.

Al 64,7% se les dio el alta de la consulta a los 12 o 18 meses tras la intervención. Cuatro pacientes (7,8%) requirieron de una segunda instilación de TBON-A y tres continúan en seguimiento con endoirrigaciones periódicas por infecciones urinarias de repetición.

Al realizar un análisis bivariante se objetivó diferencias estadísticamente significativas con respecto a la flujometría y la acomodación vesical; de manera que si la flujometría previa era normal y la acomodación previa estaba disminuida, la tasa de continencia al año era mayor. A la hora de realizar el análisis multivariante se halló significación estadística con respecto a la acomodación vesical. No hubo significación estadística al estudiar la necesidad auto-sondaje posterior ni el riesgo de extrusión.

## COMENTARIOS

La fisiopatología de la IUM es un tema que genera controversia en la literatura, hay autores que defienden la IUM como un grado severo de la IUE<sup>1</sup>; de modo que el estiramiento de los nervios pélvicos provocados por un aumento de la presión intraabdominal desencadenaría una contracción involuntaria del detrusor y una embudización de la uretra proximal permitiendo la

**TITULO:** 95 - VALORACION DEL EXITO QUIRURGICO DE LA MALLA SUBURETRAL, EN RELACION A LAS VARIABLES ECOGRAFICAS POSTOPERATORIOS DE MORFOLOGIA Y SITUACION DE LA MALLA, EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) E INCONTINENCIA URINARIA MIXTA CON PREDOMINIO DE ESFUERZO (IUM)

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., MEDINA CASTELLANO M., ORTEGA CÁRDENES I., LASECA MODREGO M., SANTANA SUÁREZ M A., MADSEN CHOPPI MA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVOS

Los resultados de la cirugía antiincontinencia en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de IUE, está descrito en la literatura como de mayor éxito en aquellos casos en los que la morfología ecográfica de la malla suburetral es plana en reposo y angulada en máximo Valsalva. También en aquellas mallas que están situadas en tercio medio o medio-proximal respecto al eje longitudinal de uretra, y aquellas alejadas entre 3 y 5 mm de la luz uretral. El objetivo del estudio fue valorar el éxito quirúrgico de la malla suburetral, en relación a las variables ecográficas postoperatorios de morfología y situación de la malla, en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) e incontinencia urinaria mixta con predominio de esfuerzo (IUM) en nuestro centro.

## MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo observacional entre enero de 2014 y septiembre de 2015, realizado en la Unidad de Suelo Pélvico de nuestro centro, en pacientes diagnosticadas de IUE o IUM, tributarias de ser intervenidas para corrección de su incontinencia urinaria. Criterios de inclusión: pacientes de cualquier edad, estado estrogénico, paridad e índice de masa corporal. El antecedente de histerectomía o cirugía pelviana de prolapso no fue un factor de exclusión. Criterios de exclusión: pacientes que ya estuvieran programadas o intervenidas de cirugía antiincontinencia en el periodo previo al inicio del estudio y pacientes programadas para una segunda cirugía antiincontinencia, por fracaso de la primera. Se reclutaron inicialmente 71 pacientes, de las cuales finalmente se intervinieron quirúrgicamente 68, y completaron el estudio 65. Metodología: se clasifican las pacientes, en función de la morfología dinámica, en 3 grupos: plana-plana, plana-C, C-C. Dentro de cada grupo, se realiza valoración preoperatoria y postoperatoria del diagnóstico clínico-urodinámico del tipo de incontinencia, parámetros funcionales y valoración ecográfica del deslizamiento uretral (reflejo de hipermovilidad uretral). Se utilizó el test de Sandvik, como test de severidad o calidad de vida validado en castellano, cuyo resultado puede analizarse como variable cuantitativa o cualitativa. Se compararon los resultados pre y postoperatorios de parámetros cuantitativos: capacidad vesical máxima, presión máxima de detrusor, acomodación, deslizamiento uretral y test de Sandvik. Se comparó el resultado cualitativo pre y postoperatorio del test de Sandvik, clasificándolo como normal (test de Sandvik ); leve (entre 1 y 2); moderado (entre 3 y 6); grave (entre 7 y 10) y muy grave (>10). Se comparó la tasa de pacientes que precisaban tratamiento anticolinérgico en el periodo pre y postoperatorio. El 63,1% se programaron exclusivamente para una cirugía antiincontinencia, asociando, el resto, administración de toxina botulínica y/o colpoplastia.

## RESULTADOS

Los resultados de la cirugía han sido similares independientemente de cuál haya sido la evolución entre la morfología en reposo y en máximo Valsalva. La distribución diagnóstica se modificó tras la cirugía, incrementando de forma significativa el grupo de pacientes con diagnóstico urodinámico de normalidad; ( $p < 0,0001$ ), de un 7,7% a un 83,1%. Todas las variables mejoran en el periodo postoperatorio de forma similar y significativa, en todos los grupos estudiados y sin relación con su morfología dinámica. En el periodo postoperatorio se produce una reducción significativa del test de Sandvik ( $p < 0,00001$ ), presión del detrusor ( $p < 0,0002$ ), presión de acomodación, ( $p < 0,0001$ ) y del deslizamiento uretral ( $p < 0,0001$ ) con respecto a los valores preoperatorios. Por otro lado, la capacidad vesical máxima aumenta de forma significativa en el postoperatorio en comparación con los valores del preoperatorio ( $p < 0,0001$ ). Se objetivó una reducción significativa del número de pacientes con test de Sandvik grave – muy grave tras la cirugía,  $p < 0,0001$ . En el periodo preoperatorio, el porcentaje de pacientes que presentaban un valor del test de Sandvik grave fue del 60,0%, y muy grave, del 29,2%. Tras la cirugía, el porcentaje de pacientes que presentaba un test de Sandvik grave o muy grave se

redujo de forma significativa ( $p < 0,0001$ ) hasta un 1,5 y 0,0%, respectivamente. Tras la cirugía, se reduce de forma significativa el número de pacientes que requiere tratamiento farmacológico para el control de su clínica de urgencia miccional. Respecto a la situación de la malla respecto a la longitud o luz uretrales, es valorable en el 100% de los casos. Con relación al eje uretral, es correcta en el 96,9% de los casos e incorrecta en el 3,1%. Respecto a luz uretral, es correcta en el 95,4% de los casos, e incorrecta en el 4,6%. Todos los pacientes que en el periodo postoperatorio presentaron un test de Sandvik grave o muy grave, se encontraban en el grupo de anomalías de la situación, en cuanto a mallas localizadas en tercio distal, o alejadas  $>5$  mm de la luz uretral.

## COMENTARIOS

La aparición de la malla suburetral sin tensión ha revolucionado el manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. El objetivo de la cirugía es lograr el mayor grado de continencia con un mínimo de morbilidad, y es aquí donde radican sus beneficios pues al ser un tratamiento vaginal, evita las complicaciones de la cirugía retropúbica. Es por ello, que a la malla suburetral se ha calificado como una opción quirúrgica y terapéutica menos invasiva de las que existen en la actualidad, con buenos resultados y aparición de eventos adversos de forma infrecuente y menores. De acuerdo con los conceptos actuales de biomecánica, el soporte adecuado de la uretra es crucial en el tratamiento de la IUE. Esto supone permitir cierta movilidad a la uretra durante el esfuerzo, desapareciendo el concepto de uretra bloqueada. Tanto el exceso como el defecto de tensión, así como la incorrecta ubicación respecto al eje longitudinal de la uretra, están implicados en el fracaso terapéutico de la cirugía en la IUE. La imagen de cualquier malla en ecografía es un método simple y no invasivo a la hora de evaluar los resultados de la cirugía. En el seguimiento de la paciente, una vez realizado el tratamiento quirúrgico, pueden monitorizarse los efectos de la inserción de la malla, objetivando tanto la corrección del defecto anatómico uretral, como la localización de las mallas suburetrales en la cirugía antiincontinencia. En la búsqueda de parámetros ecográficos que puedan predecir el éxito de una cirugía antiincontinencia, se ha descrito la relación entre el resultado de la cirugía con la morfología de la malla suburetral durante la maniobra de Valsalva, así como de la situación de la malla respecto a la longitud o luz uretrales. Según el Dr. Jacek Kociszewski, se define como malla plana aquella que, en el plano mediosagital, se identifica paralela al eje mayor uretral, y malla en "C", la que presenta angulación entre sus dos extremos con respecto a la zona central de la malla. En función de la morfología dinámica de la malla (diferencia entre la que presenta en reposo y la que asquiere en el momento de máximo esfuerzo durante la maniobra de Valsalva), describe 3 grupos de pacientes: plana-plana, plana-C, C-C. Esta clasificación es la que se ha tomado como referencia para comparar, de forma prospectiva, los resultados tanto objetivos como subjetivos de la cirugía, entre los diferentes grupos. Además, se analizan dichos resultados en relación con la posición y situación de la malla suburetral.

-----

**TITULO:** 96 - VALORACION OBJETIVA Y SUBJETIVA DEL EXITO QUIRURGICO DE LA MALLA SUBURETRAL EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) E INCONTINENCIA URINARIA MIXTA CON PREDOMINIO DE ESFUERZO (IUM) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (HUMIC)

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., MEDINA CASTELLANO M., ORTEGA CÁRDENES I., FERNÁNDEZ MEDEROS A., SANTANA SUÁREZ M A., MADSEN MA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVOS

La tendencia actual en la valoración del resultado quirúrgico en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria es utilizar escalas de satisfacción de la paciente, lo que se conoce como tasa subjetiva de curación, frente a la cuantificación de parámetros cuantitativos, o tasa objetiva de curación.

## MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo observacional entre enero de 2014 y septiembre de 2015, realizado en la Unidad de Suelo Pélvico del HUMIC, en pacientes diagnosticadas de IUE o IUM, tributarias de ser intervenidas para corrección de su incontinencia urinaria. Criterios de inclusión: pacientes de cualquier edad, estado estrogénico, paridad e índice de masa corporal. El antecedente de histerectomía o cirugía pelviana de prolapso no fue un factor de exclusión. Criterios de exclusión: pacientes que ya estuvieran programadas o intervenidas de cirugía antiincontinencia en el periodo previo al inicio del estudio y pacientes programadas para una segunda cirugía antiincontinencia, por fracaso de la primera. Se reclutaron inicialmente 71 pacientes, de las cuales finalmente se intervinieron quirúrgicamente 68, y completaron el estudio 65. Metodología: se realiza la valoración preoperatoria y postoperatoria del diagnóstico clínico-urodinámico del tipo de incontinencia, parámetros funcionales y valoración ecográfica del deslizamiento uretral (reflejo de hipermovilidad uretral). Se utilizó el test de Sandvik, como test de severidad o calidad de vida validado en castellano, cuyo resultado puede analizarse como variable cuantitativa o cualitativa. Se compararon los resultados pre y postoperatorios de parámetros cuantitativos: capacidad vesical máxima, presión máxima de detrusor, acomodación, deslizamiento uretral y test de Sandvik. Se comparó el resultado cualitativo pre y postoperatorio del test de Sandvik, clasificándolo como normal (test de Sandvik ); leve (entre 1 y 2); moderado (entre 3 y 6); grave (entre 7 y 10) y muy grave (>10). Se comparó la tasa de pacientes que precisaban tratamiento anticolinérgico en el periodo pre y postoperatorio. El 63,1% se programaron exclusivamente para una cirugía antiincontinencia, asociando, el resto, administración de toxina botulínica y/o colpolplastia.

## RESULTADOS

La cirugía incrementa de forma significativa el grupo de pacientes con diagnóstico urodinámico de normalidad;  $p < 0,0001$ . Se evidencia un descenso significativo en el número de pacientes con IUE y con IUM. En el periodo postoperatorio se produce una reducción significativa del test de Sandvik ( $p < 0,00001$ ), presión del detrusor ( $p = 0,002$ ), presión de acomodación, ( $p = 0,001$ ) y del deslizamiento uretral ( $p < 0,0001$ ) con respecto a los valores preoperatorios. Por otro lado, la capacidad vesical máxima aumenta de forma significativa en el postoperatorio en comparación con los valores del preoperatorio ( $p = 0,001$ ). Se objetivó una reducción significativa del número de pacientes con test de Sandvik grave – muy grave tras la cirugía,  $p < 0,0001$ . En el periodo preoperatorio, el porcentaje de pacientes que presentaban un valor del test de Sandvik grave fue del 60,0%, y muy grave, del 29,2%. Tras la cirugía, el porcentaje de pacientes que presentaba un test de Sandvik grave o muy grave se redujo de forma significativa ( $p < 0,0001$ ) hasta un 1,5 y 0,0%, respectivamente. Tras la cirugía, se reduce de forma significativa el número de pacientes que requiere tratamiento farmacológico para el control de su clínica de urgencia miccional (53,2% a 23,1%),  $p = 0,005$ .

## COMENTARIOS

El manejo de la incontinencia urinaria ha cambiado con la aparición de la malla suburetral sin tensión, que proporcionan un buen resultado funcional en casos no complicados. El objetivo de la cirugía es lograr el mayor grado de continencia con un mínimo de morbilidad, y es aquí donde radican sus beneficios pues al ser un tratamiento vaginal, evita las complicaciones de la cirugía retropúbica. Es por ello, que a la malla suburetral se ha calificado como una opción

quirúrgica y terapéutica menos invasiva de las que existen en la actualidad, con buenos resultados y aparición de eventos adversos de forma infrecuente y menores. En la evaluación de resultados de una cirugía no sólo interviene la valoración objetiva de la continencia obtenida y la tasa de complicaciones. El éxito puede ser definido de diferentes maneras, de modo que mientras para el paciente puede ser simplemente la sensación subjetiva de mejoría en su calidad de vida, en los ensayos clínicos se usan múltiples medidas que tratan de ser objetivas, aunque ni siquiera son las mismas en todos los estudios. Nosotros nos decidimos por el test de Sandvik por estar validado en países de habla hispana con alta sensibilidad y especificidad. La carga que supone para cada paciente la incontinencia es diferente en cada caso, por lo que la medición objetiva de los síntomas es insuficiente o parcial a la hora de conocer de forma real el impacto que supone la incontinencia. La mejoría de la calidad de vida en pacientes no curadas ya se reporta en otro estudio y sugiere que el fallo objetivo no supone un fallo sintomático. Ello podría explicarse por una mejoría parcial en la continencia, que aunque no condicione una curación objetiva, si puede ser percibida como una mejora en la calidad de vida por la paciente. En nuestra población, la tasa de mejoría clínica o curación de la IUE tratada mediante técnica de bandas suburetrales, apoyándonos en el test de severidad referido por la paciente tras la cirugía, fue del 98,5%. El grupo mayoritario lo constituyen las pacientes que se consideraron curadas (continentes), que representan el 58,5%; el 29,2% se clasificaron como IU leve, y el 10,8%, IU moderada.

## CONCLUSIONES

Cuando se individualiza y adecúan las expectativas de cada paciente a una realidad terapéutica, el grado de satisfacción con el resultado del proceso es mayor que cuando se generaliza la información, y se aspira a alcanzar la curación total. El tratamiento debe planificarse de forma escalonada, teniendo como objetivo mejorar la calidad de vida de la mujer. Se debe sopesar el equilibrio entre riesgos, efectos secundarios y beneficios del plan terapéutico, y aliarnos con la paciente, aunando nuestros objetivos y ajustando nuestras expectativas a la realidad.

**TÍTULO:** 97 - VALORACION DEL EXITO QUIRURGICO DE LA MALLA SUBURETRAL, EN RELACION AL DIAGNÓSTICO URODINÁMICO Y ECOGRÁFICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO-INFANTIL.

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., MEDINA CASTELLANO M., FERNÁNDEZ MEDEROS A., PÉREZ M E., LASECA MODREGO M., MADSEN CHOPPI MA

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

#### OBJETIVOS

Estudiar el efecto clínico, ecográfico y urodinámico de la cirugía antiincontinencia en la IUE e IUM.

#### MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional prospectivo realizado por la Unidad de Suelo Pélvico del CHUIMI entre Enero de 2014 y Septiembre de 2015. Se incluyeron 71 pacientes diagnosticadas de IUE o IUM tributarias de cirugía antiincontinencia, de las cuales finalmente se intervinieron 68, y completaron el estudio 65. Se realizó una valoración preoperatoria y postoperatoria del diagnóstico clínico-urodinámico, parámetros funcionales y valoración ecográfica del deslizamiento uretral.

#### RESULTADOS

Se evidencia un descenso significativo en el número de pacientes con IUE y con IUM, incrementando de forma significativa el grupo de pacientes con diagnóstico urodinámico de normalidad (de un 7.7% a un 83,1%). Todas las variables clínicas y de calidad de vida mejoran en la IUE e IUM de forma similar y significativa: mejora el test de Sandvik y se reduce la presión del detrusor, la presión de acomodación y del deslizamiento uretral a la vez que aumenta la capacidad vesical máxima ( $p < 0.005$ ).

8 pacientes desarrollaron IU de urgencia de novo (12,3%). Tras la cirugía, se reduce de forma significativa el número de pacientes que requiere tratamiento farmacológico para el control de su clínica de incontinencia de urgencia.

#### CONCLUSIONES

En nuestra población no existen diferencias estadísticamente significativas en los parámetros postoperatorios en función del diagnóstico urodinámico ni clínico siendo similares las tasas de curación para ambos grupos.

**TITULO:** 98 - VALORACION DEL EXITO QUIRURGICO DE LA MALLA SUBURETRAL, EN RELACION CON FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES (EDAD, ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y ESTADO ESTROGÉNICO) EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) E INCONTINENCIA URINARIA MIXTA CON PREDOMINIO DE ESFUERZO (IUM) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (HUMIC).

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., MEDINA CASTELLANO M., ORTEGA CÁRDENES I., FERNÁNDEZ MEDEROS A., PÉREZ MORALES E., LASECA MODREGO M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVOS

Los resultados de la cirugía antiincontinencia en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de IU pueden estar influenciados por factores como: edad, estado estrogénico e índice de masa corporal (IMC).

## MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo observacional entre enero de 2014 y septiembre de 2015, de la Unidad de Suelo Pélvico del HUMIC, en pacientes con IUE o IUM, tributarias de ser intervenidas para su corrección. Se incluyeron pacientes de cualquier edad, estado estrogénico e IMC. Se excluyeron, programadas o intervenidas de cirugía antiincontinencia en el periodo previo al inicio del estudio, y pacientes para una segunda cirugía antiincontinencia por fracaso. Se intervinieron y completaron el estudio 65. Se categorizan las pacientes en grupos de edad e IMC en función de su mediana (50 años y 27.8 kg/m<sup>2</sup>). Se realiza valoración preoperatoria y postoperatoria del diagnóstico clínico-urodinámico del tipo de incontinencia, parámetros funcionales y valoración ecográfica del deslizamiento uretral. Se utilizó el test de Sandvik o de calidad de vida, utilizándose como variable cuantitativa o cualitativa. El 63,1% se programaron para cirugía antiincontinencia, asociando, el resto, administración de toxina botulínica y/o colpolplastia.

## RESULTADOS

La edad, el IMC y estado estrogénico, no influyen en el resultado de la cirugía. En el postoperatorio se produce una reducción significativa del test de Sandvik ( $p < 0,00001$ ), presión del detrusor ( $p = 0,0002$ ), presión de acomodación, ( $p = 0,0001$ ) y del deslizamiento uretral ( $p < 0,0001$ ) con respecto a valores preoperatorios. La capacidad vesical máxima aumenta significativamente en el postoperatorio ( $p = 0,0001$ ). Tras la cirugía, disminuye el número de pacientes que requiere tratamiento farmacológico en el grupo de edad  $\leq 50$  años, y en el de  $IMC \geq 27,8$  kg/m<sup>2</sup>.

## CONCLUSIONES

En nuestra población, la tasa de mejoría o curación de IUE o IUM tratada mediante bandas suburetrales, según resultados cuantitativos y test de calidad de vida, no está influenciada por factores como la edad, IMC o estado estrogénico.



**TITULO:** 99 - TRATAMIENTO DE LA HIPERTONIA DEL MUSCULO ELEVADOR DEL ANO CON TOXINA BOTULÍNICA.

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., ORTEGA CÁRDENES I., FERNÁNDEZ MEDEROS A., PÉREZ MORALES E., SANTANA SUÁREZ M A., MADSEN CHOPPI MA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

#### OBJETIVOS

La Hipertonía del músculo elevador del ano (HMEA) es una entidad clínica caracterizada principalmente por dolor y dispareunia. Su incidencia es desconocida debido a la dificultad en el diagnóstico y su tratamiento está sometido a una alta variabilidad condicionada fundamentalmente por el profesional que trate el cuadro.

El objetivo del estudio fue conocer la evolución de las pacientes con diagnóstico de HMEA y su tratamiento con toxina botulínica en nuestro centro en un periodo de tiempo determinado.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos una serie de 33 mujeres con diagnóstico de HMEA tratadas en la Unidad Multidisciplinar de Suelo Pélvico mediante infiltración de toxina botulínica en músculo elevador.

#### RESULTADOS

La edad media de las mujeres fue 38 años (20-87), el IMC 25,07 (19-42). El tiempo medio de consulta desde la aparición de la sintomatología fue de 17 meses (1-480). El 67% eran nulíparas, el 47% de ellas referían estreñimiento, el 87% no tenían antecedentes de cirugía pélvica. El dolor era introital en un 69% de las pacientes y profundo en un 31%. La escala analógica (EVA) mostró una media de 7,4 (6-10) El 100% de las mujeres habían recibido tratamiento para el dolor pélvico en relación con su cuadro previamente a ser valoradas en nuestra Unidad.

La infiltración se realizó con 25 µg de onabotulin toxina tipo A de forma unilateral en el 72% de la muestra y bilateral en el 28% restante.

#### COMENTARIOS

Sería necesaria una muestra mayor de pacientes para tener datos más objetivos.

#### CONCLUSIONES

La sensación subjetiva de mejoría se consiguió en el 83% de la muestra, el 91% de las pacientes tratadas hicieron tratamiento rehabilitador durante al menos 4 semanas tras la infiltración. El 9% restante, que no siguió tratamiento rehabilitador tras la infiltración solamente refirió sensación subjetiva de mejoría en una 16% (1 paciente).

**TÍTULO:** 100 - TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIAS CON LA MOLÉCULA MIRABEGRÓN. NUESTROS RESULTADOS.

**AUTORES:** MARTÍN MARTÍNEZ A., MEDINA CASTELLANO M., FERNÁNDEZ MEDEROS A., PÉREZ MORALES E., LASECA MODREGO M., MADSEN CHOPPI MA.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVOS

Conocer los resultados de nuestro centro acerca del uso del fármaco mirabegrón, B3 agonista, como tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Urgencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio experimental, de tipo prospectivo no controlado con datos individuales de pacientes realizado en la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Universitario Insular Materno- Infantil Insular, de Las Palmas de Gran Canaria. Se incluyeron 100 pacientes con diagnóstico de Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) que fueron reclutadas durante el periodo comprendido entre Abril de 2014 y Enero de 2016. A todas las participantes incluidas en el estudio se les realizó, durante la primera visita médica, una anamnesis detallada y una exploración ginecológica específica. Durante esta primera visita se pautó tratamiento con mirabegrón en dosis de 50 mg diaria y se realizó terapia conductual combinada en la consulta de enfermería de la Unidad de Suelo Pélvico. Se realizó una segunda visita de seguimiento a los 4 meses de tratamiento para analizar la evolución de los síntomas de su IU.

En cada visita se recogieron las siguientes variables:

1. Variables basales: la edad, índice de masa corporal (IMC), consumo de irritantes vesicales (tabaco, café chocolate, alcohol..) antecedentes personales, antecedentes quirúrgicos y la existencia o no de prolapsos de órganos pélvicos (POP).
2. Variables clínicas: frecuencia miccional diurna (FMD), nocturna (FMN), la utilización de unidades adsorbentes (UMA), número de escapes, síntoma de urgencia.
3. Variables de calidad de vida : se empleó el Test de severidad de Sandvick .

No existe conflicto de interés por parte de los investigadores con ningún laboratorio farmacéutico.

Para el análisis descriptivo de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 21.

## RESULTADOS

Un total de 100 pacientes con diagnóstico de IUU se incluyeron en el estudio. La edad media de las pacientes fue de 54,79 años y el IMC medio fue de 28,1 kg/ m<sup>2</sup>. En cuanto al consumo de tabaco un 38% eran fumadoras y un 62% ex fumadoras. El 56% de las pacientes consumían algún tipo de sustancia irritante vesical. Con respecto a los antecedentes personales, un 16,1% de las pacientes eran diabéticas y un 20% padecían HTA. Alrededor de la mitad, 49,5%, de las pacientes habían tomado alguna vez algún fármaco frente a la IU, un 12.1% habían utilizado un tratamiento estrogénico tópico previo y hasta un 37,4 % habían realizado reeducación vesical. Casi la mitad de las pacientes, un 47,4%, presentaban algún tipo de prolapsos de órganos pélvicos siendo el compartimento anterior el más frecuentemente prolapsado ( 50.5%).

La pérdida de seguimiento a los 4 meses fue de 14 pacientes que corresponde al 14 % quedando un total de 86 pacientes para el análisis final.

Con respecto a la IUU previa al tratamiento, el 42% de las pacientes presentaba una puntuación para el Test de Sandvick entre los valores 3 y 6 que se corresponde con una IU moderada y hasta un 58% una puntuación mayor de 8 equiparable a una IU grave o muy grave.

A los 4 meses de tratamiento el porcentaje de pacientes que llegó a presentar un valor de 0 en el Test de Sandvick que se correlaciona con la continencia total fue de 21,8%, 2,6% el valor entre 1 y 2 (IU leve) , 41% valores entre 3 y 6 y un valor de Sandvick mayor a 8 correspondiente al 34,4%.

El número medio de escapes se redujo significativamente de 4 escapes de media antes del inicio del tratamiento a 1 escape de media en la visita de seguimiento. Así mismo fue significativo el descenso de la cantidad de UMA, que evoluciono de 5 a 1. Con respecto al

síntoma urgencia, el 92% (92 pacientes) lo referían en la visita inicial frente al 41% (41 pacientes) en la visita de control.

El porcentaje de abandono del tratamiento durante los 4 meses de tratamiento fue de 11.5% por diversas causas 3 casos por percepción subjetiva de taquicardia, 2 por recomendación médica (ajena a los facultativos que prescribieron el fármaco), 2 casos por mialgias, 3 casos por molestias digestivas, 1 caso de abandono por infección urinaria y otro caso por retención urinaria aguda.

## COMENTARIOS

El tratamiento de la IUU pretende reducir o eliminar sus síntomas y mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas. El test de Severidad de Sandvick evalúa la gravedad de los síntomas de la IUU en la mujer, herramienta básica utilizada en nuestro estudio para conocer el grado de IU al inicio y a los 4 meses de tratamiento.

Existen diferentes opciones de manejo que abarcan un amplio espectro de posibilidades que varía desde modificaciones conductuales, terapias farmacológicas y rehabilitación. Los fármacos que han demostrado eficacia en humanos son los antimuscarínicos, que se usan desde hace más de 30 años, y recientemente los B3 agonistas adrenérgicos, mirabegrón añaden una nueva opción terapéutica. La eficacia actual de los antimuscarínicos varía del 7% al 75% en cuanto a la disminución de los episodios de urgencia- continencia, existiendo una variación importante de paciente a paciente. Los efectos adversos de estos fármacos son una causa de abandono del tratamiento no despreciable.

El reciente desarrollo de una nueva molécula que actúa como agonista del receptor B3 adrenérgico, cuyo compuesto activo es mirabegrón ha abierto un nuevo frente de tratamiento. Por ello ideamos la realización de este estudio que evalúa los resultados tras 4 meses de tratamiento con la molécula mirabegrón en pacientes con IUU con el objetivo de aportar resultados propios en términos de variables clínicas y de calidad de vida.

Todas las pacientes reclutadas de nuestro estudio presentaban IUU en grado moderado o superior valorado a través del test de Sandvick. Si desglosamos este dato por subgrupos de gravedad, observamos como el 42% de estas mujeres presentaba una IU moderada, un 41% IU grave y un 17% IU muy grave. Tras los 4 meses de tratamiento se objetivó una mejora de los síntomas de IU llegando a presentar continencia total el 21,8% de las paciente obteniendo un valor del Test de Sandvick de 0. Los síntomas pasaron a ser leves en un 2,6% y moderados en un 41%. Por otro lado el 28,2% de las pacientes persistió con síntomas graves pero sólo un 6.4% permanecieron con síntomas muy graves. Según la literatura los síntomas con este tratamiento mejoran hasta un 80%, siempre acompañado de una terapia conductual combinada.

La tasa de abandono se situó en un 11,5%, muy inferior a la registrada con los

**TITULO:** 101 - LA PAPILOMATOSIS LARINGEA RECURRENTE: UNA COMPLICACION INFRECUENTE PERO EXISTENTE.

**AUTORES:** PÉREZ PADRÓN, N.; CARBALLO RASTRILLA, S.; MEDINA RAMOS, N.; LUBRANO ROSALES, A.; VASALLO MORILLAS, J.R.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** Las neoformaciones laríngeas en la infancia son infrecuentes pero dentro de ellas, la papilomatosis respiratoria recurrente (PRR) es la más común. El diagnóstico se suele realizar entre los dos y tres años de edad, siendo excepcional el diagnóstico más allá de los cinco años. Está demostrada la causalidad por el virus del papiloma humano (VPH), siendo la vía de transmisión controvertida, la hipótesis más apoyada es la transmisión vertical durante la gestación o durante el parto.

**OBJETIVO:** Describir un caso de papilomatosis laríngea recurrente como complicación de la condilomatosis vulvar.

**CASO CLÍNICO:** Varón nacido tras parto eutócico a término, cuya madre cursaba con gestación de bajo riesgo obstétrico (G3P1A1, fumadora) que debutó en la segunda mitad de la gestación con condilomatosis vulvar franca recibiendo tratamiento con Imiquimod 5%, con respuesta parcial, presentando aun lesiones en el momento del parto. Nuestro paciente presentó desde el día 23 de vida crisis de atragantamiento y llanto poco enérgico, motivo por el que fue valorado por otorrinolaringólogo con diagnóstico de PRR. Durante el seguimiento, el paciente ha sido sometido a ocho resecciones quirúrgicas de las lesiones papilomatosas, en la mitad de los casos de forma urgente por presentar dificultad respiratoria que requiere intubación traqueal. En la actualidad presenta una importante disfonía a consecuencia de las múltiples intervenciones sobre las cuerdas vocales y recibe tratamiento tópico periódico con cidofovir.

**CONCLUSIONES:** Los bebés nacidos de madres con una historia de verrugas genitales tienen 231 veces más probabilidades de desarrollar PRR que los nacidos de madres sin tales antecedentes. Sin embargo, entre los bebés nacidos de mujeres con antecedentes de condilomatosis el riesgo de PRR es inferior al 1%. Se trata de una patología poco frecuente, que suele requerir múltiples tratamientos quirúrgicos antes de la pubertad, aunque posteriormente es frecuente que involucre el cuadro.

## **TITULO:** 102 - HISTERECTOMIA Y SUS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

**AUTORES:** PÉREZ PADRÓN, N.; GONZÁLEZ CUBAS, A.I.; PÉREZ MORALES, E.; DELGADO GODOY, C.; OCÓN PADRÓN, L.; PRIETO MARTÍNEZ, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** La histerectomía (HT) es el procedimiento quirúrgico ginecológico más común. Casi el 90% de las histerectomías se realiza por indicaciones benignas, de las cuales el útero miomatoso sintomático es la más frecuente. Como toda cirugía, la histerectomía total no está exenta de complicaciones. Las complicaciones infecciosas y hemorrágicas son las más frecuentes en la mayoría de los estudios realizados.

**OBJETIVO:** Conocer las complicaciones más frecuentes que se presentan en las pacientes sometidas a histerectomía en nuestro centro.

**DISEÑO:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todas las pacientes sometidas a histerectomía total en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias en el año 2015, con independencia de la vía de abordaje y el tipo de patología.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 454 pacientes: 245 HT abdominales, 99 HT laparoscópicas y 110 HT vaginales. En el 70.1% de los casos el procedimiento se realizó por patología benigna. 57 pacientes –un 12.56%– presentaron complicaciones. La complicación más frecuentemente observada fueron los acontecimientos adversos mayores (7.49%), entre los que se incluyeron las lesiones viscerales y la conversión de la vía de abordaje, seguido por la morbilidad infecciosa (3.96%) y la hemorragia que precisa transfusión (3.52%); presentándose la mayoría de las complicaciones en cirugías de alta complejidad. Al comparar los resultados con los datos obtenidos desde el año 2002 la tasa de complicaciones se ha reducido más de un 20%.

**CONCLUSIONES:** A la hora de comparar los resultados de las complicaciones quirúrgicas con otros centros existe una importante complejidad dado que no existe consenso a la hora de analizar y agrupar las complicaciones. Si excluimos el grupo de acontecimientos adversos mayores, en el cual se incluyen distintas complicaciones, nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura.

**TÍTULO:** 103 - USO DE PESARIO PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PRETERMINO EN GESTACIONES GEMELARES

**AUTORES:** PÉREZ PADRÓN, N.; GARCÍA RODRÍGUEZ, R.; GARCÍA DELGADO, R.; ROMERO REQUEJO, A.; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** El parto pretérmino es una de las principales causas de morbilidad perinatal. Además en la gestación gemelar este riesgo se encuentra incrementado.

**OBJETIVO:** El objetivo de este estudio fue determinar la utilidad del pesario para reducir la tasa de parto pretérmino <34 semanas en gestaciones gemelares con longitud cervical (LC) acortada

**DISEÑO:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a las pacientes con gestaciones gemelares y diagnóstico de LC acortada en la ecografía morfológica realizada en la semana 20-22 en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las pacientes fueron agrupadas en función del manejo tras el diagnóstico: colocación de pesario vs manejo expectante. La variable principal a estudio fue la tasa de parto pretérmino <34 semanas de gestación.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 51 pacientes con gestaciones gemelares y LC <25mm, 35 bicoriales y 16 monocoriales. A 29 de las pacientes se les colocó un pesario tras el diagnóstico y en las otras 22 se realizó un manejo expectante. La tasa de parto pretérmino <34 semanas en el grupo de pesario fue de 28.6% y 28% en el grupo de manejo expectante.

**CONCLUSIONES:** En nuestro grupo de estudio la colocación de un pesario cervical no se asoció con una reducción significativa de la tasa de parto pretérmino.

**TITULO:** 104 - EMBRIOPATIA POR FENILCETONURIA**AUTORES:** AMARO ACOSTA, A., GARCÍA RODRÍGUEZ, R., VEGA GUEDES, B., GARCÍA DELGADO, R., MEDINA CASTELLANO, M., ARMAS ROCA, M.**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)**Introducción**

La fenilcetonuria (PKU) se trata de una metabolopatía hereditaria que cursa con un defecto de la enzima fenilalanina hidroxilasa. Esto produce un cúmulo del aminoácido fenilalanina en concentraciones superiores a 1200  $\mu\text{mol/L}$  (20  $\text{mg/dL}$ ), especialmente a nivel del sistema nervioso central generando anomalías del desarrollo y las funciones cerebrales en individuos no tratados. El síndrome de fenilcetonuria materna supone una embriopatía secundaria al cúmulo de fenilalanina en el feto en gestantes fenilalanémicas con un inadecuado control preconcepcional y durante la gestación.

**Caso clínico**

Se trata de una primigenia de 23 años con antecedentes personales de fenilcetonuria en seguimiento por Digestivo, con un buen control dietético, que acude en la semana 21 para la realización de la ecografía morfológica en la Unidad de Diagnóstico Prenatal. En ese momento se objetiva una biometría encefálica menor al percentil 5 sin diagnosticarse de microcefalia, por lo que se decide realizar seguimiento quincenal. Posteriormente se diagnostica de microcefalia asociado a paquigiria y feto CIR, con serologías TORCH y parvovirus B19 negativas, por lo que se sospecha de embriopatía por fenilcetonuria secundaria a un inadecuado control metabólico.

El Doppler y la monitorización fetal en consulta de Obstetricia Hospitalaria eran normales. Mediante la medición de fenilalanina sérica se objetivó niveles elevados de la misma secundarios a las transgresiones dietéticas de la paciente. Finalmente se decide inducir el parto en la semana 37,3 obteniendo un recién nacido mujer de 1815 gramos con microcefalia, orejas de implantación baja y paquigiria, ya diagnosticada en la resonancia magnética prenatal.

**Conclusión**

La prevención de la embriopatía PKU, debe iniciarse en el momento que la futura madre planifica la gestación, realizándose controles previos al embarazo al menos 10 semanas antes e iniciando una dieta que mantenga las concentraciones de fenilalanina en valores normales.

## **TITULO:** 105 - HEMORRAGIA INTRACRANEAL FETAL

**AUTORES:** AMARO ACOSTA, A., GARCÍA RODRÍGUEZ, R., VEGA GUEDES, B., GARCÍA DELGADO, R., MEDINA CASTELLANO, M., ARMAS ROCA, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### Introducción

La hemorragia intracraneal (HIC) fetal se trata de una patología excepcional, con una incidencia estimada de 1/10000 embarazos, siendo el tipo más frecuente la hemorragia intraventricular. Se trata de un hallazgo casual en muchos casos diagnosticándose en ecografías realizadas de forma rutinaria durante la gestación. Existen cuatro grados de severidad, siendo los dos primeros en general más favorables pero con un pronóstico incierto, pudiendo resolverse durante la vida intrauterina, mientras que las HIC grado III y IV por lo general presentan muy mal pronóstico.

No suele ser posible identificar una causa específica. Se ha postulado la hemorragia, hipopesía fetal no inmune y/o alteraciones de la coagulación fetal.

### Caso clínico

Presentamos el caso de una primigesta de 29 años con gestación de curso normal hasta la fecha y sin antecedentes personales de interés, que acude en la semana 20,5 a la Unidad de Diagnóstico Prenatal para realización de la ecografía morfológica.

Durante la misma se objetiva una lesión hiperecogénica próxima al asta anterior del ventrículo lateral derecho, en la matriz germinal y el núcleo caudado, produciendo una asimetría con ventriculomegalia. Se objetiva mediante Doppler una interrupción de la vascularización que sugiere la presencia de infarto, trombosis o una malformación arteriovenosa a ese nivel. Dados los hallazgos se diagnostica de una hemorragia intracraneal grado 3 y la paciente decide interrumpir la gestación.

### Conclusión

La HIC se trata de una entidad, por lo general, de mal pronóstico. Lo más importante en estos casos será investigar la causa de la misma así como los antecedentes obstétricos, consumo de drogas o traumatismos recientes, el recuento plaquetario fetal y materno y el estudio de aloinmunidad e isoimmunidad materno. En los casos en los que no se identifique una etiología específica, no parece haber un mayor riesgo de HIC en gestaciones posteriores.



**TITULO:** 106 - MALFORMACION ADENOMATOIDEA QUISTICA . DIAGNOSTICO Y MANEJO PRENATAL. CASO CLÍNICO

**AUTORES:** HERNÁNDEZ PÉREZ, D. ; CORREA GONZÁLEZ, S. E ; ARMAS ROCA , M. ; GARCÍA DELGADO ,R. ; GARCÍA RODRIGUEZ, R. MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

La incidencia de la malformación adenomatoidea quística (MAQ) es de 1 de cada 11,000-35,000 RN. Se trata de una malformación pulmonar congénita caracterizada por la proliferación de bronquiolos terminales formando quistes. En un 15-20% se puede asociar a malformaciones cardíacas y/o renales. A pesar de ser la más frecuente de las malformaciones pulmonares, siempre se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías asociadas a importante morbi-mortalidad fetal como son la hernia diafragmática, el secuestro bronco-pulmonar y la lesión híbrida. El factor pronóstico más importante es el hidrops fetal que aparece en un 10%, siendo la mortalidad intraútero sin tratamiento de hasta un 100% si está presente, mientras que en ausencia del mismo el pronóstico es excelente. Un CVR > 1.6 se asociará a mayor riesgo de hidrops fetal . Se debe realizar seguimiento seriado de estas pacientes, pudiendo involucionar la lesión espontáneamente. Además se ha objetivado que la administración de betametasona puede reducir el tamaño de las lesiones

Se presenta el caso clínico de una paciente secundigesta de 36 años con antecedentes personales de Hepatitis A y una I.L.E. por Trisomía 21, y una gestación de curso normal con una biopsia corial, con resultado: XY normal. En la semana 20.5, se objetiva en la ecografía morfológica una lesión que ocupa el hemitórax izquierdo, compatible con una MAQ . Se calcula el CVR siendo  $\leq 1,6$  y se decide administrar betametasona 12 mg i.m en dos dosis en 48 horas. A continuación se realizan controles cada 3-4 semanas, encontrando en semana 32.6 una reducción del tamaño de la lesión y posteriormente en semana 35.5 la desaparición de la misma. Finalmente se produce un parto eutócico a término de un RN asintomático, realizándose el primer día de vida una RX torácica donde no se objetiva lesión.

**TITULO:** 107 - DETECCION PRENATAL DE CARDIOPATIAS CONGENITAS EN HUMIC

**AUTORES:** GARCÍA DELGADO R; GARCÍA RODRÍGUEZ R; ARMAS ROCA M; SEGURA J; ROMERO REQUEJO A, MEDINA CASTELLANO M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

#### Introducción

El diagnóstico prenatal de las cardiopatías congénitas (CC) tiene una especial importancia ya que son las anomalías congénitas severas más frecuentes. Aunque la incidencia real es desconocida, se estima que afecta a 8 de cada 1000 nacidos vivos. Es de gran importancia el diagnóstico precoz de las mismas ya que no sólo permite la opción de la interrupción legal de la gestación sino que tiene un impacto beneficioso en la morbimortalidad de determinadas cardiopatías congénitas.

#### Objetivo

Conocer la tasa de detección y la tasa de diagnóstico de CC en la Unidad de Diagnóstico Prenatal de HUMIC durante los años 2014, 2015 y 2016

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de nuestra base de datos de malformaciones congénitas. Se analizan la tasa de detección y diagnóstico en base al estudio postnatal o al estudio necrópsico. Se analizaron los falsos positivos y falsos negativos.

#### Resultados

Durante el año 2014 se obtuvo una tasa de detección de CC del 88,8%, elevándose a un 97% en el año 2015. Pendiente de finalizar el año para calcular la tasa de detección de CC en el año 2016. La tasa de diagnóstico en el 2014 fue de un 93%, siendo en el 2015 de un 88%. La mayoría de las CC se diagnostican en la ecografía morfológica, no obstante, se está incrementando el número de diagnósticos precoces (por debajo de la semana 20) de las mismas, siendo de un 25% en el 2014, un 26% en el 2015 y un 33% en el 2016.

#### Conclusiones

La tasa de detección de CC en nuestro centro es muy elevada. Cada vez es mayor la tasa de detección precoz en el primer trimestre de la gestación. Para obtener una tasa de detección alta es fundamental la exploración secuencial y segmentaria del corazón realizándose los cinco planos de Yagel.

**TITULO:** 108 - DIAGNOSTICO DE MALFORMACION CLOACAL EN EL PRIMER TRIMESTRE

**AUTORES:** PÉREZ PADRÓN, N.; GARCÍA RODRÍGUEZ, R.; GARCÍA DELGADO, R.; SEGURA GONZÁLEZ, J.; ROMERO REQUEJO A.; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** La cloaca es el tipo más grave de malformación genital y anorrectal en la que el recto, la vagina y el tracto urinario convergen en un canal único. La incidencia estimada de 1:50.000 nacimientos.

**OBJETIVO:** Describir los hallazgos ecográficos de los casos de cloacas diagnosticados en el primer trimestre de gestación en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de los casos detectados en la base de datos de la Unidad. Análisis de los hallazgos ecográficos visualizados en el primer trimestre de la gestación. Periodo de estudio: 2010-2016.

**RESULTADOS:** Se diagnosticaron 3 casos. Se trata de dos gestaciones únicas y una gemelar BC-BA con uno de los fetos afectados. En todos los casos el hallazgo principal fue una malformación quística abdominopélvica. Además todos los fetos afectados presentaban una arteria umbilical única y eran de sexo femenino. Dos de los casos presentaron además un riesgo elevado en el cribado combinado de cromosopatías. Otros hallazgos ecográficos observados fueron: agenesia renal bilateral, dilatación de asas intestinales, megavejiga, dilatación ureteral y oligoamnios. En todos los casos se confirmó el diagnóstico, en dos de ellos tras la interrupción legal de la gestación y en el caso de la gestación gemelar tras el nacimiento del feto.

**CONCLUSIONES:** Según algunas series la tasa de detección prenatal de la cloaca es del 6% siendo los hallazgos ecográficos más frecuentes las masas quísticas abdominopélvicas, las anomalías del tracto urinario y la dilatación de asas intestinales. Otros hallazgos que pueden asociarse con esta malformación son: hidronefrosis, oligohidramnios, malformaciones vertebrales y genitales ambiguos. El diagnóstico diferencial prenatal de la cloaca y otras malformaciones genitales y anorrectales es esencial para el pronóstico y manejo prenatal y neonatal.

## **TITULO:** 109 - INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS

**AUTORES:** AMARO ACOSTA, A., GARCÍA RODRÍGUEZ, R., GARCÍA DELGADO, PENALLOPEZ, M.J., HERNÁNDEZ FEBLES, M., MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción:** La infección por CMV afecta a un 0,7% de todos los recién nacidos vivos, siendo la primera causa de discapacidad neurológica congénita de origen infeccioso. La mayoría de los casos de infección fetal congénita son silentes en el periodo prenatal e incluso neonatal. Los signos y síntomas maternos de infección son generalmente inespecíficos. La ecografía juega un papel importante en el diagnóstico, manejo y pronóstico de la infección congénita.

**Objetivo:** Analizar los casos detectados en la Unidad de infección congénita por CMV y analizar la evolución prenatal y postnatal.

**Material y método:**

Revisión retrospectiva de las base de datos, de los casos diagnosticados de CMV congénito diagnosticados prenatalmente y postnatalmente. El periodo de estudio fue desde el año 2009 al 2016. Se analizó la edad gestacional al diagnóstico, los hallazgos ecográficos, la clínica materna, la evolución prenatal y la evolución postnatal. De los casos detectados prenatalmente se realizó análisis retrospectivo de las imágenes ecográficas almacenadas.

**Resultados:**

Desde el año 2009, han sido diagnosticados en nuestro complejo hospitalario 25 de CMV congénitos. Un 40% prenatalmente mediante PCR en líquido amniótico, al objetivar en la ecografía marcadores de infección. De ellos, el 80% realizaron interrupción de la gestación, y 20% llegaron al término, estando asintomáticos. 60% de los casos se diagnosticó postnatalmente, de los que 13% presentan afectación.

**Conclusión**

La infección congénita por CMV presenta una baja incidencia en nuestro medio, aunque probablemente sea una infección infraestimada y la tasa de infección materna y fetal sea mayor a la encontrada. El pronóstico de la infección va a depender principalmente de las lesiones ecográficas. No existe, en este momento, un modo eficaz de prevención salvo las medidas higiénicas.

**TITULO:** 110 - TUMORES FETALES

**AUTORES:** AMARO ACOSTA A.; GARCÍA RODRÍGUEZ, R.; GARCÍA DELGADO, R.; SEGURA GONZÁLEZ J.; ROMERO REQUEJO, A.; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**OBJETIVO:** Describir los tumores fetales diagnosticados prenatalmente, su evolución intrauterina, los resultados perinatales y su evolución tras el nacimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de los tumores fetales diagnosticados prenatalmente en la Unidad de Diagnóstico Prenatal desde 1 enero 2006 al 1 septiembre 2016. Se realizó una búsqueda de los casos de la base de datos de Astraia. Se clasificó según la localización de los mismos y se analizó el curso de la gestación, los resultados perinatales y la evolución postnatal de los que nacieron.

**RESULTADOS:** Se encontraron 71 casos de tumoraciones fetales. La edad materna media fue de 31 años con un rango de (17-42). Los más frecuentes fueron las masas abdominales (33,8%) y torácicas (33,8%), seguidas de cabeza y cuello (9,8%), corazón (8,4%) y teratoma sacrococcígeo (4,2%). Los tumores fetales más frecuentes de los casos revisados son las malformaciones adenomatoides (28,2%), seguidos de los quistes ováricos (22,5%). Si eliminamos las malformaciones adenomatoides y los secuestros, la mayoría de los tumores han sido diagnosticados en el tercer trimestre.

**CONCLUSIONES:** Los tumores fetales son una entidad poco frecuente. La mayoría presentan un comportamiento benigno. No parece existir relación de la aparición de los mismos con la edad materna. La mortalidad depende del tipo histológico y de la localización del mismo.

**TITULO:** 111 - LESIONES VASCULARES FETALES

**AUTORES:** AMARO ACOSTA, A., GARCÍA RODRÍGUEZ, R., GARCÍA DELGADO, SEGURA GONZÁLEZ, J.; ROMERO REQUEJO, A.; MEDINA CASTELLANO, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** La hemorragia cerebral fetal y las lesiones hipóxicas se trata de una patología excepcional, con una incidencia estimada de 1/10000 embarazos, siendo el tipo más frecuente la hemorragia intraventricular. Se trata de un hallazgo casual en muchos casos diagnosticándose en ecografías realizadas de forma rutinaria durante la gestación. Es importante filiar la etiología, así como los antecedentes obstétricos, consumo de drogas o traumatismos recientes, el recuento plaquetario fetal y materno y el estudio de aloinmunidad e isoimmunidad materno.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión retrospectiva de los casos de lesiones vasculares cerebrales (isquémicas, hemorrágicas y trombóticas) diagnosticados prenatalmente en la Unidad de Diagnóstico Prenatal desde 1 enero 2006 al 1 septiembre 2016. Se realizó una búsqueda de los casos de la base de datos de Astraia. Se analizó la etiopatogenia, el curso de la gestación, los resultados perinatales y la evolución postnatal de los que nacieron.

**RESULTADOS:** Se diagnosticaron prenatalmente 1 trombosis de seno dural, 2 hemorragias grado III y una hemorragia grado IV. Hubo 2 casos de lesiones isquémicas y porencefalia y un caso de hematoma subdural. Hubo un caso de trombosis masiva de senos venosos cerebrales que se diagnosticó al nacimiento. Sólo en uno de los casos descritos se filió la etiología. Todas las pacientes optaron por interrupción de la gestación, excepto el recién nacido del hematoma subdural que falleció al nacimiento. El recién nacido con trombosis de senos venosos, falleció a los 15 días de vida presentando graves secuelas neurológicas.

**CONCLUSIONES:** Las lesiones vasculares fetales representan una entidad con pronóstico muy malo, con riesgos de graves secuelas neurológicas.

**TITULO:** 112 - FACTORES PRONOSTICOS DE LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

**AUTORES:** CRISTINA PÉREZ MATOS, NELDA BENÍTEZ DEL CASTILLO, PEDRO GARCÍA ESCRIBANO, SANDRA YEPEZ, LEONOR VALLE MORALES

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**OBJETIVOS:** Analizar los factores pronósticos del éxito de la inducción del parto, entendido como la finalización mediante parto vaginal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional de las gestantes en cefálica a término durante el periodo Febrero-Septiembre 2013. Se indujeron 620 gestantes previas a la fase de latencia. Se valoraron características maternas y de la gestación, así como las condiciones cervicales (exploración digital y longitud cervical ecográfica).

**RESULTADOS:** Se objetivó una tasa de inducciones del 36,3% en gestaciones únicas a término. La tasa de éxito para el resultado de parto vaginal fue del 80,8% y es superior en las múltiparas. Se identificaron como factores predictores de la cesárea tras inducción: edad >35 años, IMC >30, talla <165cm, antecedente de cesárea y la nuliparidad. El Test de Bishop no fue predictor independiente para determinar la vía del parto, del mismo modo la longitud cervical tampoco fue predictora de la finalización mediante cesárea.

**CONCLUSIONES:** Los factores predictores del éxito de la inducción son similares a los que predicen el éxito en los partos espontáneos. No existe en nuestra población ninguna variable, tanto materna como de la gestación, que excluya a una gestante con indicación médica para la inducción. En aquellas gestantes con factores de mal pronóstico deben extremarse la vigilancia para detectar aquellos casos en los que ocurra un fracaso en la inducción o una detención en la progresión del parto, debido a que éstas complicaciones son más frecuentes en los partos inducidos que en los espontáneos.

**TITULO:** 113 - FACTORES PRONOSTICOS DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO EN LAS INDUCCIONES.

**AUTORES:** CRISTINA PÉREZ MATOS, PEDRO GARCÍA ESCRIBANO, NELDA BENITEZ DEL CASTILLO, SANDRA YEPEZ, LEONOR VALLE MORALES

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**OBJETIVOS:** Analizar los factores pronósticos del éxito en el inicio del trabajo de parto (alcanzar la fase activa del parto) en las gestaciones inducidas por causa médica en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo observacional de las gestantes en cefálica a término durante el periodo Febrero-Septiembre 2013. Se indujeron 620 gestantes previas a la fase de latencia. Se valoraron características maternas y de la gestación, así como las condiciones cervicales (exploración digital y longitud cervical ecográfica).

**RESULTADOS:** Se objetivó una tasa de inducciones del 36,3% en gestaciones únicas a término. La tasa de éxito para el resultado inicio del trabajo de parto fue del 93,3% y fue superior en las multíparas (98,0% vs 91,6%). Se identificaron como factores predictores de éxito: la ausencia de antecedente de cesárea previa y de diabetes gestacional, el bajo peso al nacimiento y el menor tiempo de dilatación. La paridad y las características maternas, así como el test de Bishop no son factores predictores independientes para este resultado. Por el contrario, la longitud cervical ecográfica fue predictora del éxito en alcanzar la fase activa del parto únicamente en el grupo de nulíparas.

**CONCLUSIONES:** Para predecir el éxito en alcanzar la fase activa del parto puede ser de utilidad la valoración ecográfica de la longitud cervical únicamente en el grupo de nulíparas, no así el análisis de las características maternas y de la exploración digital.



**TITULO:** 114 - MALFORMACION UTERINA Y GESTACION A PROPOSITO DE UN CASO

**AUTORES:** AL-HIRAKI DE LA NUEZ, A.; GARCÍA RODRÍGUEZ, D.; MANRIQUE CUADROS, L.; CABRERA GARCÍA, C.; ; PÉREZ SUÁREZ, C. ; CONDE FERNÁNDEZ, F.

**HOSPITAL:** HOSPITAL DR. J. MOLINA OROSA (LANZAROTE)

**OBJETIVO:**

Presentar el caso clínico de una gestante con una malformación uterina basada en un útero didelfo.

**CASO CLÍNICO:**

Primigesta de 29 años con gestación espontánea acude con diagnóstico de útero didelfo y agenesia renal izquierda.

Durante su infancia, se intervino de una laparatomía tipo Pfannenstiel por presentar hematómetra- hematocolpos.

Durante el transcurso de la gestación, muestra un buen control, dentro de la normalidad.

Como vía del parto, se realiza una cesárea electiva por presentación podálica dando un recién nacido vivo y sano.

**CONCLUSIÓN:**

Las malformaciones uterinas presentan una baja prevalencia global, entre 2-4% de las mujeres en edad fértil, con resultados reproductivos normales, y dentro de éstas, se encuentra hasta un 8% los úteros didelfos. Éstas malformaciones son el resultado anormal de la fusión de los conductos Müller, y hasta en un 20-30% de éstas, están relacionadas con anomalías renales. En nuestro caso clínico, la paciente queda gestante de manera espontánea y cursa dentro de la normalidad.

**TITULO:** 115 - COMPLICACIONES MATERNO-FETALES DE LA INDUCCION DEL PARTO.

**AUTORES:** CRISTINA PÉREZ MATOS, , NELDA BENITEZ DEL CASTILLO, SANDRA YEPEZ, PEDRO GARCÍA ESCRIBANO, LEONOR VALLE MORALES

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**OBJETIVOS:** Analizar las complicaciones maternas y fetales asociadas a la inducción del parto en nuestro hospital, comparadas con aquellas gestaciones con inicio espontáneo.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio prospectivo observacional de las gestantes en cefálica a término durante el periodo Febrero-Septiembre 2013. Se analizó la tasa de complicaciones en las 2107 gestaciones con parto en ese periodo y se compararon las características maternas, de la dilatación del parto asociadas a estas complicaciones.

**RESULTADOS:** La tasa de inducción en el periodo estudiado se situó en un 36,9% (778), mientras que un 63,1% iniciaron el parto espontáneamente (1329). La tasa de complicaciones maternas tras la inducción es de un 19,1% y neonatales de un 10,2%. En las gestaciones inducidas existe más riesgo de finalizar en cesárea (OR: 1,7; IC95% 1,004-2,66), de hemorragia postparto (OR: 5,0; IC95% 2,5-9,8) y de corioamnionitis (OR:1,6 IC95% 1,051-2,6) cuando se compara con aquellas con inicio espontáneo. Por el contrario, la inducción del parto no incrementa el riesgo de desgarro perineal severo ni de distocia de hombros. La inducción del parto disminuye el riesgo de ingreso neonatal (OR:0,3; IC95% 0,22-0,70) y no se asocia a menor riesgo de malos resultados perinatales en relación al Apgar y pH arterial.

**CONCLUSIONES:** En los partos inducidos deben extremarse las precauciones para evitar complicaciones más frecuentes en éstos, tales como la finalización mediante cesárea, la hemorragia postparto y la corioamnionitis. La inducción del parto no aumenta las complicaciones perinatales.

**TITULO:** 116 - ASPIRINA PARA PREVENCIÓN DE PREECLAMPSIA EN DIABETES PREGESTACIONAL

**AUTORES:** AMARO ACOSTA, A; VEGA GUEDES, B; ARENCIBIA MOLINA, A; VALLE MORALES, L; CABRERA MORALES, F; WÄGNER, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**Introducción.**

La administración de aspirina se asocia con una reducción del riesgo de preeclampsia en mujeres de alto riesgo.

**Objetivo**

Valorar la eficacia de la aspirina en la prevención de la preeclampsia en la gestante diabética.

**Material y Método**

Estudio retrospectivo, observacional de las mujeres con diabetes pregestacional con parto entre el 1 de enero de 2011 y 31 de mayo de 2016. Se comparan los resultados de las gestaciones a las que se administró aspirina de forma sistemática para prevención de preeclampsia, frente a las gestaciones en el periodo previo en el que no se administraba.

**Resultados**

Hubo un total de 300 partos, de los cuales a 238 no se les administró aspirina y a 62 mujeres sí.

En el grupo de aspirina hay mayor proporción de mujeres mayores de 34 años (46,77% vs 38,23% p 005), con otros factores de riesgo de preeclampsia asociados (p 01) y menor proporción en el grupo B de White (35,48% vs 50,84% p 001). No hay diferencias en cuanto a paridad, IMC, tipo de diabetes, ni control glucémico.

No hubo diferencias significativas en cuanto a la EG al parto, tipo de parto, apgar, pH o necesidad de ingreso del RN. En el grupo de aspirina hubo menor proporción de macrosomía (17,46 % vs 25,52% p 034).

Hubo 26 casos de preeclampsia en el grupo al que no se administró aspirina (10,92%) de los cuales 5 (19,9%) fueron preeclampsias graves con parto < 34s; y 7 casos de preeclampsia en el grupo al que sí se administró aspirina (11,29%, p 9), entre los cuales no hay ningún caso de preeclampsia grave.

**Conclusiones**

Las mujeres a las que se administró aspirina eran con más frecuencia añosas, tenían una clasificación de White modificada superior, y con más frecuencia otros factores de riesgo asociados. La incidencia de preeclampsia fue similar en ambos grupos, con menor frecuencia de preeclampsia severa y precoz en el grupo de aspirina.

**TITULO:** 117 - CARCINOMA EPITELIAL MICROINFILTRANTE ESTADIO IA1 DE CERVIX TRAS CONIZACIÓN: ¿ES NECESARIA LA HISTERECTOMÍA SIN ESTUDIO PREVIO?

**AUTORES:** PÉREZ PADRÓN, N.; MEDINA RAMOS, N; CARBALLO RASTRILLA, S.; ESPARZA MARTÍN, M.; BENITO REYES, V.; LUBRANO ROSALES, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

**INTRODUCCIÓN:** Existe el consenso que aquellas pacientes que presentan un carcinoma microinfiltrante estadio IA1 de la FIGO, sin invasión vascular en la pieza de conización, es recomendable la extirpación uterina, salvo algunas situaciones como deseo genésico.

**OBJETIVO:** El objetivo de este estudio es analizar los resultados histológicos de los segundos tratamientos

**MATERIAL Y METODO:** Estudio descriptivo retrospectivo de 127 pacientes con resultado en pieza del cono de carcinoma epidermoide microinfiltrante estadio 1 A1 sin invasión vascular entre 1994 y 2015. Se analiza parámetro como la edad, la paridad, el hábito tabáquico, la afectación de los márgenes del cono, los segundos tratamientos y sus resultados histológicos.

**RESULTADOS:** La edad media 42 años (25-71 años), el 10% nulíparas, el 21% un solo hijo, el 49% fumadoras. En cuanto a los márgenes de la pieza del cono el 49,6% estaban libres de lesión, al 58% de las pacientes se le practicó un segundo tratamiento sin control postconización. El resultado histológico del segundo tratamiento fue: 56% negativo, 14% lesión de bajo grado, 15% alto grado, 12% microinvasor y 3% invasor ( un caso de cáncer de endometrio concomitante). De las pacientes que se le realizó un 2º tratamiento, el 34% tenían márgenes libres y el resultado histológico fue negativo salvo un caso de alto grado. El 5,5%(4 casos) de las intervenidas por segunda vez presentó complicación quirúrgica.( lesión vesical, evisceración, fístula vésico-vaginal y estenosis ureteral que finalizó en nefrectomía). El resultado histológico del 2º tto de estas pacientes fue: un resultado negativo, dos lesiones de bajo grado y una lesión de alto grado.

**CONCLUSIONES:** Consideramos de forma general, que antes de indicar un segundo tratamiento, sería preceptivo confirmar la existencia de lesión en el cérvix restante, y en caso de poderse realizar, recomendable una segunda conización, ya que como hemos visto, la histerectomía no está exenta de riesgos importantes.

## **TITULO:** 118 - DE LAS PACIENTES DE LA CONSULTA DE PATOLOGIA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR ¿QUIÉN SE VACUNA? ¿CÓMO SON?

**AUTORES:** CARBALLO RASTRILLA S, MEDINA RAMOS N, ESPARZA MARTIN M, SANTANA MATEO J, BENITO REYES V, LUBRANO ROSALES A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

### **OBJETIVO**

El objetivo principal de esta revisión es conocer las características de la población vacunada en relación a alteración en la citología de cribado.

### **MATERIAL y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo usando la base de datos de pacientes remitidas a la consulta de PTGI entre los años 1999 y 2016. Selección del criterio de vacunación frente HPV, según el momento de la misma y la exposición al HPV. Variables de edad, fumadora, anticoncepción, paridad, intervalo de tiempo entre la vacuna y la alteración citológica, tests HPV, necesidad de tratamiento quirúrgico cervical, inmunosupresión y estado actual de la paciente.

Estudio descriptivo con media, mediana, valor mínimo y máximo, desviación típica (variables numéricas) y porcentajes (categóricas).

### **RESULTADOS**

615 mujeres:

36 (5,9%) vacunadas antes del inicio de las relaciones sexuales: menor edad media 19,4 años [16-27], siendo anecdótico el embarazo (media 0,03), fumadoras 13,9%, ninguna inmunosuprimida ni con tratamiento cervical, intervalo largo de 5,25 [0-14]. Todas salvo una paciente dieron + para test HPV, COBAS únicamente fue positivo para otros VAR.

44(7,2%) tras relaciones pero con estatus HPV desconocido: Discreto aumento de la edad media 28,32 [16-40], escasos embarazos, fumadoras 43,2% y 18,2% con conización cervical. Intervalo de 3,6 años [0-7]. Una HIV+. Captura de híbridos + 47,7%, - 9,1%, y test COBAS con 16-otros 31,8%, Otros VAR 6,8% y negativo 4,5%.

394 (64,1%) tras el inicio y con infección HPV: Edad media 30 [14-53], media 0,42 partos, fumadoras 28,9%, 99 conización cervical, intervalo -0,51 años [-11,6], siendo el valor negativo al vacunarse estando en la consulta. Captura de híbridos + 48%, - 4,3%, y test COBAS con 16 11,4%, 16-otros 8,1%, 18 1%, 18-otros 1,5%, otros VAR 25,1% y 16-18-otros 0,5%. 5 pacientes inmunosuprimidas, (3 en cr, 2 Tx)

141 (22,9%) tras tratamiento cervical: Mayor edad media 4 [18-55], mayor número de partos mediana 1 [0-5], 49,6% fumadoras. Intervalo de 2,17 [0-15]. Captura de híbridos+ 19,9% y test COBAS con 16 27%, 16 y otros 17,7%, 18 2,1%, 16-18 0,7%, otros VAR 29,8% y 16-18-otros 2,1%. 8 inmunosuprimidas (2 HIV+, 5 en cr y 1 tx).

Porcentajes similares respecto a pacientes de alta y en seguimiento, con menores pérdidas de seguimiento en el grupo de vacunación tras tratamiento (2,1% versus 9-11%)

Aumento progresivo a lo largo de los años de las pacientes vacunadas en los cuatro grupos.

### **CONCLUSIONES**

Aquellas pacientes con mayor susceptibilidad a la patología HPV, como son las inmunodeprimidas, continúan manteniendo un impacto bajo en nuestra serie, aunque es sensiblemente mayor en el grupo de pacientes que precisan tratamiento quirúrgico.

En nuestra comunidad, la vacuna frente al HPV se encuentra financiada en población "de novo" y tras tratamiento cervical, con coberturas altas, en el resto de los supuestos la cobertura se estima muy baja.

Debemos entender el papel de la vacuna como protector a largo plazo, se postula que disminuiría las nuevas infecciones e incluso las reinfecciones, pero sin efecto en caso de infección HPV ya presente.

**TITULO:** 119 - UVIN. UNA ENTIDAD EN LA QUE SE DEBE PENSAR.

**AUTORES:** CARBALLO RASTRILLA S, LUBRANO ROSALES A, MEDINA RAMOS N, ESPARZA MARTIN M, BENITO REYES V, ARENCIBIA SÁNCHEZ O.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## OBJETIVOS

La terminología usada para definir el VIN ha variado de forma prácticamente continua desde las primeras referencias en 1922, siendo la última de 2015 publicada por ISSVD (International Society for Study of Vulvovaginal Disease), reconoce únicamente uVIN y dVIN, (antiguamente VIN II-III), aconsejando evitar el término VIN I ya que no se considera un precursor del cáncer de vulva.

El objetivo de esta revisión es conocer la incidencia en nuestra población y las características de la misma.

## MATERIAL y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de la base de datos de la consulta de Patología del Tracto Genital Inferior entre 2004-2016. 67 casos de VIN: 18 VIN I, 48 uVIN y 1 dVIN. Dentro de los uVIN se estudian las variables de edad, estatus de fumadora, menopausia, inmunosupresión, afectación multicéntrica, multifocal, presencia de condilomas y sintomatología asociada. Se estudiaron variables descriptivas: media, valor mínimo y máximo, desviación típica (numéricas) y test de T-student para muestras independientes, y porcentajes y test chi2 (categóricas), significación  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS:

Media de 3,76 casos/año[1-13], con aumento gradual. Edad media 47,9 años[22-93], fumadoras 58,3%, 33.3% menopaúsicas, 5(10,4%) inmunosupresión (3 VIH+ y 2 ttos crónicos). 22(45,8%) con afectación en otros niveles del TGI, antecedentes de condilomas vulvares en 31,2%, lesiones multifocales 54,2% y sólo 41,7% referían algún síntoma, prurito (65%) el más frecuente.

Los tratamientos variaron en función de las características de la lesión, localización, amplitud, desde vigilancia (lesiones pequeñas, con resección en la misma biopsia), pasando por tratamientos tópicos con imiquimod, destructivos con laser o escisionales (lesiones extensas, abigarradas o con sospecha de invasión). Aumento en los últimos años de las terapias combinadas.

12 casos de recidivas (25%), sin relación significativa con otras variables, multifocalidad fue el factor que más rozó la significancia pero sin llegar a alcanzarla ( $p = 0,089$ ).

Respecto a los casos de neoplasia vulvar, encontramos 4 (8,3%) carcinomas ocultos en lesiones biopsias previamente como uVIN. Únicamente se encontró relación con la edad 46 vs 67 años ( $p = 0,007$ ).

## CONCLUSIONES:

El aumento en el número de los diagnósticos de la uVIN se debe probablemente a una mayor sensibilidad de los profesionales durante la exploración física, mayoría asintomáticos, y a conocimiento más amplio de la patología y evolución de los mismos.

La inmunosupresión juega un papel importante en la recurrencia y progresión del uVIN aunque no encontramos relación en nuestra serie.

En el futuro deberíamos encontrar un impacto en la disminución de estos cuadros en paciente vacunadas, pero la ausencia de cribado y de homogenización en la aparición-progresión de las lesiones precursoras nos obliga a prestar atención en la exploración física de la vulva y valorar adecuadamente todo el tracto genital inferior ante pacientes HPV positivas o con factores de riesgo.

**TITULO:** 120 - ATIPIA DE CELULAS GLANDULARES, AMPLIO ABANICO DE POSIBILIDADES.

**AUTORES:** LASECA MODREGO M., GIL GONZÁLEZ M., CARBALLO RASTRILLA S., MEDINA RAMOS N., ARENCIBIA SÁNCHEZ O, LUBRANO ROSALES A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE CANARIAS (GRAN CANARIA)

## INTRODUCCIÓN.

El resultado citológico de atipia de células glandulares (ACG) es infrecuente, entre el 0,08 al 5,9% de todas las citologías, pero sin carecer de importancia.

Las lesiones del canal cervical entraña una especial dificultad en su diagnóstico, principalmente por la ubicación anatómica del epitelio.

Por otra parte, cabe reseñar que las pacientes con diagnóstico de ACG merecen un estudio más amplio, cerca del 30% presentarán algún tipo de patología.

El sistema Bethesda recomienda especificar si las atipias observadas son de origen endometrial, endocervical o posible neoplasia.

## OBJETIVO

Conocer la prevalencia, las características de nuestra población así como el diagnóstico definitivo de mujeres con citología de cribado ACG.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

Estudio descriptivo retrospectivo en la Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior de nuestro centro durante todo el 2015.

Se incluyeron todas aquellas mujeres remitidas con diagnóstico de ACG.

Se analizaron: edad, antecedentes personales y quirúrgicos, menarquia, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, paridad, estado de menopausia, existencia o no de patología orgánica ginecológica o antecedentes de conización, entre otras variables.

Test HPV, hallazgos colposcópicos, biopsia endocervical y endometrial, hallazgos ecográficos así como el diagnóstico definitivo de todas estas pacientes.

Se evaluó la media, mediana, valor mínimo, valor máximo y desviación típica (variables numéricas) y porcentajes (variables categóricas). Para el análisis estadístico se utilizó Chi2 y T-Student, con significación estadística de  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

798 pacientes fueron vistas en la consulta por primera vez, de ellas 55 con resultado de ACG: 6,9%.

Edad media 45,1 años y 30,9% fumadoras. Inicio de las relaciones sexuales: 18,3 años, número de parejas sexuales medio 6,3. La media de embarazos fue de 2,4 siendo la vía vaginal la finalización más frecuente, 1,78.

16 de estas pacientes eran menopaúsicas (media 49,7 años).

26 pacientes presentaban HPV : 47,3%. Encontramos que 5 de ellas habían sido vacunas frente a VPH, pero todas ellas posteriormente a haber tenido contacto con VPH. Ninguna de estas pacientes tenía antecedentes de CIN previo.

3 casos (5,4%) : procesos neoplásicos, 16 casos (29%) HSIL, 65,6% sin patología.

Todas las pacientes con cáncer de cerviz eran menopaúsicas ( $p: 0,021$ ), sin otras relaciones significativas.

Al escoger la variable HSIL encontramos relación la presencia de VPH y el mayor número de parejas sexuales.

## CONCLUSIÓN

En nuestro estudio la prevalencia de ACG es ligeramente mayor a la publicada en la literatura. Puede explicarse por la amplia variedad interobservador y el elevado número de situaciones benignas que simulan alteración glandular.

La probabilidad de patología es alta, 34,4% del total, siendo para procesos neoplásicos del 5,4%.

Constituyen una población con riesgo alto de tener una patología subyacente, por lo que la valoración en consulta debe realizarse a consciencia.

**TITULO:** 121 - HISTEROSCOPIAS DIAGNOSTICAS Y RESECCIONES HISTEROSCOPICAS.

**AUTORES:** CONTRERAS GONZÁLEZ, B.; MOLINA BETANCOR, A.; GALLARDO AROZENA, M.; GARCÍA DE ARMAS, L.; RAMOS MOJICA, T.; PEÑA LUIS-RAVELO A.C.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

## INTRODUCCIÓN:

El desarrollo de la histeroscopia ha proporcionado un abordaje mínimamente invasivo para problemas ginecológicos frecuentes. Está indicada como procedimiento diagnóstico y/o terapéutico de procesos que afectan a la cavidad endometrial, los ostiums tubáricos o el canal endocervical.

## MATERIAL Y METODOS:

A continuación se presentan los resultados de las histeroscopias diagnósticas y resecciones histeroscópicas realizadas en la Unidad de cirugía sin ingreso del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife entre los años 2007 - 2015 y las complicaciones derivadas de dichas intervenciones.

Se incluyeron histeroscopias diagnósticas y resecciones histeroscópicas llevadas a cabo en las siguientes situaciones: Hemorragia uterina anormal en mujeres premenopáusicas, hemorragia uterina anormal en mujeres postmenopáusicas, miomas submucosos, pólipos endometriales/endocervicales, alteraciones müllerianas, estudio de esterilidad/infertilidad, extracción de DIUs, diagnóstico y extracción de restos trofoblásticos. Se recogieron complicaciones como sangrado genital tras la intervención, dolor abdominal, endometritis, perforación uterina, desgarro cervical y flebitis en miembros inferiores.

## RESULTADOS:

Se realizaron un total de 2989 histeroscopias diagnósticas y 827 resecciones histeroscópicas entre los años 2007 – 2015.

La tasa global de complicaciones en los 9 años estudiados en las histeroscopias diagnósticas es del 1,40% y del 4,11% en las resecciones histeroscópicas. La complicación más frecuente fue la perforación uterina, seguida de la hemorragia, el dolor y la endometritis.

## CONCLUSION:

Como en toda técnica quirúrgica en las histeroscopias y resecciones histeroscópicas deben tenerse en cuenta las complicaciones potenciales.

La complicación intraquirúrgica más frecuente es la perforación uterina con una incidencia en la literatura del 1 – 9%. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes, aunque con baja incidencia, son la hemorragia (0,5 – 1,2%) y la infección (0,2 – 1%).

La complicación más frecuente en nuestro hospital es la perforación uterina seguida de la hemorragia postoperatoria.

Podemos concluir que nuestra tasa global de complicaciones intra y postoperatorias en están dentro de límites normales de incidencia.



## **TITULO:** 122 - PREECLAMPSIA GRAVE PRECOZ. A PROPOSITO DE UN CASO

**AUTORES:** CONTRERAS GONZÁLEZ, B.; ELSNER HERNÁNDEZ, N.; GALLARDO AROZENA, M.; GARCÍA DE ARMAS, L.; HERRERA GARCÍA L.; RODRIGUEZ ZURITA, A.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

### **INTRODUCCIÓN:**

Podemos definir la preeclampsia como la detección de una elevación de la tensión arterial (TA > 140 mmHg y/o una TA diastólica > 90 mmHg) a partir de la semana 20 de gestación acompañada o no de proteinuria. Se considera preeclampsia severa cuando existe una TA sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o una TA diastólica  $\geq 110$  mmHg con proteinuria o si existe hipertensión asociada a proteinuria severa ( $\geq 2$  gramos en orina de 24 horas). Se trata de una patología muy frecuente en nuestro medio cuya identificación y control precoz ayuda a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

A continuación se presenta un caso clínico de una preeclampsia grave de inicio precoz y de desarrollo súbito.

### **CASO CLÍNICO:**

Paciente mujer de 28 años, secundigesta con una interrupción voluntaria del embarazo anterior, que ingresa en la semana 29+2 de gestación remitida desde Atención primaria por elevación de tensión arterial, acompañada de epigastralgia y disminución de movimientos fetales. Gestación actual de control tardío y con seguimiento en la consulta de Patología de alto riesgo obstétrico por un Índice de pulsatilidad de las arterias uterinas  $> p95$  persistente desde la semana 22.

A su llegada al Servicio de Urgencias, presenta una tensión arterial de 155/89 completamente asintomática y con una analítica completa normal y proteinuria negativa. Se le realiza ecografía abdominal evidenciándose inactividad fetal. Test de Bishop 0. Pasa a paritorio para colocación de dinoprostonas vaginales, tras lo cual comienza con epigastralgia persistente, visión borrosa y sensación de mareo, aún con tensiones arteriales normales se inicia pauta de protección neurológica con Sulfato de Magnesio y se deciden retirar dinoprostonas vaginales. Ante la persistencia de la clínica se contacta con el Servicio de Radiología para realizar una prueba de imagen y descartar cualquier complicación hepática/neurológica. Durante su estancia en el TAC, inicia sangrado genital abundante y ante la sospecha de un desprendimiento de placenta se decide traslado a quirófano para la realización de una cesárea urgente.

### **EVOLUCIÓN:**

Se realiza una cesárea obteniendo un feto éxitus y objetivando un desprendimiento total de la placenta, se realiza nuevo control analítico destacando una hemoglobina de 4,9 y una alteración total de las pruebas de coagulación haciendo sospechar una coagulación intravascular diseminada. Tras la corrección de la coagulación y de las cifras de hemoglobina la paciente evoluciona de forma favorable pudiendo proceder al alta hospitalaria.

### **CONCLUSIONES:**

Se han propuesto numerosas pruebas (clínicas, biofísicas, bioquímicas y ecográficas) para el diagnóstico precoz de la preeclampsia. No obstante, debido a su baja sensibilidad y valor predictivo positivo, ninguna de ellas ha mostrado utilidad clínica por el momento. En población con factores de riesgo, la administración de aspirina a bajas dosis (100 mg/día, por la noche a partir de las 12 semanas de embarazo y hasta el final de la gestación), podría comportar una reducción del 14% en la incidencia de preeclampsia y del 21% en la tasa de mortalidad perinatal. Otra estrategia que, en nuestro medio, nos sirve como predictor de preeclampsia es el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas.

Podemos concluir que cada vez vemos preeclampsias de aparición más precoces y súbitas en

nuestra actividad diaria. Un diagnóstico y control precoces ayudan a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

**TÍTULO:** 123 - ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA. RESULTADOS Y COMPLICACIONES 2015. H. U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA.

**AUTORES:** CONTRERAS GONZÁLEZ, B.; GARCÍA DE ARMAS, L.; GALLARDO AROZENA, M.; LORENZO BELLO, C.; GARCÍA MONTESDEOCA A.; AROZENA ABAD, M.

**HOSPITAL:** HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE)

## INTRODUCCIÓN:

La enfermedad pélvica inflamatoria se entiende como la inflamación, de etiología infecciosa, del tracto genital superior en la mujer. Es una entidad polimicrobiana que resulta del ascenso de microorganismos desde el cérvix y la vagina hasta el tracto genital superior y la cavidad peritoneal.

Afecta principalmente a mujeres jóvenes y sexualmente activas. Se estima su incidencia en España en unos 3.000 casos anuales.

Son múltiples los factores de riesgo aceptados asociados con esta enfermedad: La edad < 25 años, antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, múltiples parejas sexuales y la no utilización de métodos de barrera. Otros, con menos evidencia científica, son la adicción a drogas por vía parenteral, el tabaquismo o el uso de dispositivos intrauterinos.

Su diagnóstico nos da la oportunidad de ofrecer medidas preventivas que conduzcan a una reducción de la enfermedad: Prácticas sexuales seguras, utilización de métodos de barrera y consulta rápida ante la sospecha de infección.

## RESULTADOS:

A continuación se presentan los casos de enfermedad pélvica inflamatoria hospitalizados en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife durante el año 2015.

Fueron hospitalizadas un total de 38 pacientes donde la media de edad fue de 37 años. Un 21% de ellas eran nuligestas, un 58% consumidoras habitual de tabaco y el 42% eran portadoras de dispositivos intrauterinos.

El 100% fueron tratadas con antibioterapia intravenosa, 10 de ellas mejorando con antibioterapia exclusiva, las 28 pacientes restantes necesitaron una intervención quirúrgica. Se realizaron 21 laparoscopias y 7 laparotomías.

Los postoperatorios resultaron más torpidos en las pacientes intervenidas vía laparoscópica: 2 reingresos y antibioterapia y 5 pacientes necesitaron una o más reintervenciones.

Solo 1 paciente intervenida por laparotomía directa requirió una nueva cirugía.

No se encontraron diferencias importantes en los días medios de estancia hospitalaria.

## CONCLUSIÓN:

La enfermedad pélvica inflamatoria es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio. En el año 2015 fueron hospitalizadas 38 pacientes la mayoría requiriendo una intervención quirúrgica. En nuestro hospital la vía de intervención más frecuente es la laparoscópica, teniendo más complicaciones intra y postoperatorias que las intervenidas por vía laparotómica, no obstante, se requiere el estudio de un mayor número de pacientes para plantear si una vía de intervención es mejor que otra para prevenir posibles complicaciones dada la complejidad quirúrgica de la enfermedad.

El diagnóstico de esta enfermedad nos obliga a ofrecer medidas preventivas que conduzcan a una reducción de la misma.

## EVOLUCIÓN:

Se realiza una cesárea obteniendo un feto éxitus y objetivando un desprendimiento total de la placenta, se realiza nuevo control analítico destacando una hemoglobina de 4,9 y una alteración total de las pruebas de coagulación haciendo sospechar una coagulación intravascular diseminada. Tras la corrección de la coagulación y de las cifras de hemoglobina la paciente evoluciona de forma favorable pudiendo proceder al alta hospitalaria.

## CONCLUSIONES:

Se han propuesto numerosas pruebas (clínicas, biofísicas, bioquímicas y ecográficas) para el diagnóstico precoz de la preeclampsia. No obstante, debido a su baja sensibilidad y valor predictivo positivo, ninguna de ellas ha mostrado utilidad clínica por el momento. En población con factores de riesgo, la administración de aspirina a bajas dosis (100 mg/día, por la noche a partir de las 12 semanas de embarazo y hasta el final de la gestación), podría comportar una reducción del 14% en la incidencia de preeclampsia y del 21% en la tasa de mortalidad perinatal. Otra estrategia que, en nuestro medio, nos sirve como predictor de preeclampsia es el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas.

Podemos concluir que cada vez vemos preeclampsias de aparición más precoces y súbitas en nuestra actividad diaria. Un diagnóstico y control precoces ayudan a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.