
GINECOLOGÍA OBSTETRICIA

Revista oficial
de la



**XIII Congreso Paraguayo de
Ginecología y Obstetricia**

**X Congreso Paraguayo
de Perinatología**

ÍNDICE

| | |
|------------------------------------|---|
| M ensajes presidentes | 8 |
| E ditorial | 9 |

RESÚMENES

| | |
|---|----|
| R esúmenes temas libres - Ginecología | 11 |
| R esúmenes temas libres - Obstetricia | 20 |
| R esúmenes temas libres - Oral Cinecología | 31 |
| R esúmenes temas libres - Oral Obstetricia..... | 36 |

COMISIÓN DIRECTIVA 2011 – 2013

Presidente:

Dr. Víctor Jiménez Frutos

Vicepresidente:

Dra. Blanca Lila Fretes de Brom

Secretaria:

Dra. Maybell Stewart

Tesorero:

Dr. Vicente Acuña

Vocales:

Prof. Dr. Miguel Ruoti Cosp
Dra. María Marta González Zannier
Dra. Marta González de Díaz Peña

Vocales Suplentes:

Dra. María Magdalena Benegas
Prof. Dra. Celeste Aparicio de Real
Dra. Liliana Echaui
Dr. Aníbal Espínola

Síndico Titular:

Dr. Orlando Alfonso Espínola

Síndico Suplente:

Dra. Gloria Catalina Espínola.

Tribunal de Conducta Titulares:

Dr. Carlos Vera Urdapilleta
Dr. José Tomas Negrete
Dr. Roque Fanego

Tribunal de Conducta Suplente:

Dra. Rita Freire de Etcheverry
Dr. Gustavo Ortiz
Dr. Mario Villalba

Tribunal Electoral Titulares:

Dr. Carlos Quevedo
Dr. Arnaldo Lefebvre
Dr. Carlos Vera Salerno

Tribunal Electoral Suplente:

Dr. Jorge Sosa
Dr. Roberto Noguera

Past President:

Dr. Carlos Mongelós

SOCIEDAD PARAGUAYA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Dirección: 22 de setiembre N° 763 y Adela Speratti

Teléfonos: (595 21) 234-093 – (595 21) 234-094

Pag web: www.spgo.org.py

Horario de Atención

Lunes a Viernes: de 09:00 a 18:00 Hs.

Los Sábados: de 09:00 a 12:00 Hs.

Buscanos en el



COMITÉS AUXILIARES

**COMITÉ DE CERTIFICACIÓN
Y RECERTIFICACIÓN:**

Presidente:

Prof. Dr. Marcelino Ortellado

Miembros:

Dr. José Félix Ramirez Rótela
Dra. Raquel Segovia
Dra. Maria Beatriz Pérez de Caballero
Dr. Jorge Santos

Comité Social:

Dra. Maybell Stewart
Dra. Gloria Colmán de Ortellado
Dra. Mónica Iriarte
Dra. Mónica Ontano
Prof. Dra. Celeste Aparicio de Real
Dra. Julia Noemí Mancuello de Alum

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente:

Prof. Dr. Miguel Ruoti Cosp

Miembros:

Prof. Dr. Anibal Peris Manchini, Prof. Dra. Ana Soilan, Prof. Dra. Ylbe Palacios de Franco, Dr. Cesareo Saldivar, Dr. Daniel Ramalho, Dra. Gladys Vazquez, Dr. Alfredo Yaluk, Dr. Mario Vera Corna, Dr. José Gauto, Dr. José Tomas Negrete, Dr. Aníbal Espínola, Dra. Teresita Ramos de Ferreira, Dra. Graciela Rojas de Torres, Dra. Lida Sosa, Dra. Fanny Corrales, Dra. Patricia Martínez, Dr. Jorge Dejesús, Dra. Gladys Larrieur, Dra. Ana López Gastiaburo, Dra. María Cristina Vera de Flores, Dr. Jorge D. Sosa.

COMITÉ DE PUBLICACIONES:

Directora:

Dra. María Marta González Z.

Miembros:

Dr. Orlando Alfonso Stumpfs
Dr. Víctor Oviedo

Índice

| | |
|--|----|
| Mensajes presidentes | 8 |
| Editorial | 9 |
| RESÚMENES | |
| Resúmenes temas libres - Ginecología | 11 |
| Resúmenes temas libres - Obstetricia | 20 |
| Resúmenes temas libres - Oral Cinecología | 31 |
| Resúmenes temas libres - Oral Obstetricia | 36 |

Mensaje Presidentes

Desde el corazón de la América del Sur, Asunción del Paraguay más conocida como la Madre de ciudades, porque durante la conquista partieron de ella varias expediciones con el objetivo de fundar ciudades del Conosur americano. Como presidente del Congreso me siento muy complacido y honrado de invitarles a participar del XIII Congreso Paraguayo de Ginecología y Obstetricia y X Congreso Paraguayo de Perinatología, que se llevarán a cabo entre el 10 y el 13 de junio del 2012 en el Sheraton Asunción Hotel.

El presente Congreso constituye el evento más importante de la Ginecología, Obstetricia y Perinatología paraguaya, por esa razón hemos convocado a los distintos capítulos y a los más prestigiosos especialistas nacionales quienes darán a conocer nuestro trabajo, lo mismo que a un nutrido grupo de colegas extranjeros quienes nos enriquecerán con su bagaje de conocimientos y experiencias en los diversos tópicos de nuestra especialidad, matizado por un amplio programa académico y científico. Se desarrollarán 4 cursos pre-congresos durante el primer día y en los días subsiguientes Cursos, Simposios y Conferencias que llenaran las expectativas de todos ya que se abarcarán todas las subespecialidades que atañen a la salud de la mujer.

Quisiera empezar agradeciendo la colaboración de las autoridades nacionales de declarar de interés nacional este congreso, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y a todas las instituciones que trabajan mancomunadamente en la promoción y fortalecimiento de la salud de la mujer y del recién nacido, a fin de disminuir la mortalidad materna y perinatal. Reconocimiento especial a todos los laboratorios y empresas farmacéuticas que auspician el congreso que persigue fines comunes, en búsqueda de una mejor atención a las pacientes motivo fundamental de nuestro esfuerzo. Mis sentimientos de gratitud para todos los miembros de la comisión directiva y de sus cuatro filiales por su solidaridad y trabajo, quienes con su empeño y sacrificio lo han hecho posible.

El Congreso es una brillante oportunidad para intercambiar experiencias profesionales, mejorar nuestra competitividad, consolidar nuevas y viejas amistades y algo que es muy propio de los paraguayos mostrar su calidad amistad.

Les esperamos a todos

Dr. Víctor Jiménez Frutos

Presidente de la Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia



Representa para mí un gran honor dirigir un mensaje a los participantes de este Congreso en mi calidad de Presidente Honorario del mismo.

En este importante evento Científico contaremos con la presencia de un gran número de conferencistas nacionales e internacionales, todos ellos con reconocida trayectoria y reconocimiento en el campo de la Ginecología, la Obstetricia y la Perinatología. Con ellos compartiremos los problemas comunes que afectan a toda la región y así generar acciones concretas y coordinadas para mejorar la salud materno infantil.

Presenciamos orgullosos el crecimiento científico y gremial tanto a nivel nacional como internacional de nuestras Sociedades, crecimiento que representa el fruto de la semilla sembrada por los que desde la fundación de las mismas, han dedicado su tiempo, sus conocimientos y sus esfuerzos para el enriquecimiento y fortalecimiento de nuestra especialidad.

Es mi deseo que a más de disfrutar de la rica actividad científica que nos ofrece este magno evento compartamos momentos de amistad y compañerismo en nuestro común deseo de servir a la Ciencia y a la Sociedad.

Prof. Dr. Arnaldo Acosta

Presidente de la Sociedad de Perinatología

Editorial

Bienvenidos al XIII Congreso de Ginecología y Obstetricia y al X de Perinatología del Paraguay. Es un orgullo poder contar en esta publicación científica con la participación de tan distinguidos profesionales de nuestra sociedad, de diferentes sectores públicos y privados, de la capital e interior del país, motivados por presentar sus trabajos de investigación que sin lugar a dudas vendrá a contribuir al crecimiento profesional de todos y beneficiará a nuestra población y centro de nuestro trabajo que es la mujer paraguaya y su familia.

La diversidad de temas presentados por los diferentes autores constituye un muy interesante aporte de ésta publicación científica y nos hace visualizar la experiencia que en diferentes campos se van desarrollando en el país y el beneficio en la práctica laboral que representa para cada profesional de la especialidad.

Deseo que este magno encuentro sirva para fortalecernos profesionalmente y como gremio, porque *juntos podemos* y seguiremos avanzando.



Dra. María Marta González Zannier
Directora de Publicaciones
Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia

5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UTILIZACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL

Berni R, Taboada D, Gibert W, Benitez Z.
Instituto de Prevision Social

Objetivo: Determinar el índice de éxito y los factores asociados a lo mismo en el uso del SIU-LVN. **Diseño:** estudio prospectivo, aleatorio, analítico de cohortes. **Materiales y Métodos:** Se recogieron datos de historias clínicas de pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social Paraguay en el periodo de febrero del 2007 a febrero del 2012 y de consultorio de seguimiento en hojas de protocolo de investigación desarrollados. **Resultados:** 190 casos seleccionados aleatoriamente de 440. Edad de colocación: media de 42,9 años. Motivos: 92,6% HUA, (61,6% miomas, 9,5% submucosos). Patologías asociadas: 31,1% HTA, 23,7% diabetes, 34,2% hipotiroidismo, 7,9% hipotiroidismo y diabetes mellitus asociados, 2,6% anticoaguladas, 2,6% endometriosis. Considerando la posición del útero la situación de RVF resulto en un RR de 0,75, (IC: 0,41-1,38) y P: 0,33. La presencia de miomas en las pacientes que mantienen su SIU-LVN obtuvimos un RR de 1,26 (IC: 0,82-2,95) y una P: 0,28, comparando el IMC, las que presentaron un IMC mayor a 25 encontramos un RR 1,6 (IC: 0, 72-1,87) con P: 0,5. La presencia de hipertensión resulto de un RR 1,14 (IC: 0,74-1,74) con P: 0,55. 37,4% con HSC previa, hallazgos: 8,4% miomas submucosos, y 3,7% pólipos endometriales. 76,8% tenían biopsia endometrial previa: 12,1% con hiperplasia endometrial simple sin atipias, 4,2% pólipo endometrial y el 60,5% normal. La histerometría a la colocación: promedio 9 cm. 70,6% mantienen su dispositivo, 3,2% con recolocación del mismo dispositivo por histeroscopia por descenso, 19,4% expulso el dispositivo y 10% se retiro voluntariamente. De las que no mantienen su SIU-LVN 15,8% tuvieron una histerectomía, 2,6% se recoloco por segunda vez luego de una expulsión (todas mantienen su dispositivo), 2,6% fueron sometidas a una miomectomía por histeroscopia, 4,2% cambiaron a ACO, 3,7% entraron en menopausia, y 68,9% abandonaron tratamiento. Tiempo de tenencia en promedio: para el año 2007, de 3,8 meses; para el año 2008, de 14,4 meses; para el año 2009, de 29,6 meses, para el año 2010, de 19,5 meses; y para el año 2011, un promedio de 6,3 meses, esto hasta feb/2012. **Conclusión:** Consideramos que estos dispositivos son una opción más segura y de menor costo, con un buen índice de éxito, y una gran aceptación por parte de las pacientes, es una opción para evitar someter a nuestras pacientes a procedimientos quirúrgicos mayores. Aunque el dispositivo haya sido expulsado espontáneamente o se encuentre descendido creemos que esto no debería llevar al abandono del método, una segunda colocación o una reubicación por histeroscopia ha demostrado que tiene excelentes resultados.

SENSIBILIDAD DEL MARCADOR TUMORAL CA125 Y LA CONBINACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE ENDOMETRIOSIS EN EL HC-IPS

Berni RA, Samudio G, Benitez Z.
Instituto de Previsión Social.

Objetivo: Determinar la sensibilidad de solo el marcador CA125 en la endometriosis y la combinación del CA125 con historia de dolor pélvico. **Diseño:** estudio observacional, transversal, descriptivo tipo serie de casos. **Materiales y Métodos:** Se recogieron datos de historias clínicas de pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de Paraguay en el periodo de febrero del 2010 a agosto de 2011 cuyo diagnóstico de egreso haya sido de endometriosis por visualización directa de las lesiones. **Resultados:** 60 pacientes estudiadas: grupos etarios: 20 a 30 años: 18 pacientes (30%), 30 a 40 años: 30 pacientes (50%), 40 a 50 años: 12 pacientes (20%). Motivos de consulta: 49 (82%) por dismenorrea crónica, 3 (5%) por dolor abdominal agudo, 5 (8%) por dolor sobre cicatriz quirúrgica, 3 (5%) por dispauremia. Valores del CA125: 45 (83%) valores mayores a 35 U/mL, 9 (17%) valores menores a 35 U/mL y 6 sin dosaje. Cirugía realizada: 33 laparoscopias (55%), 22 laparotomías (37%) y 5 tumorectomías (8%). **Conclusión:** Nuestro estudio indica que el marcador tumoral CA125 tiene una sensibilidad del 83% para la endometriosis, tomando como positivo un valor de más de 35 U/mL, combinando el marcador CA125 con la historia de dolor relacionado a la endometriosis encontramos una sensibilidad del 92%.

CARCINOMA SEROSO DE ALTO GRADO DE TROMPA UTERINA. REPORTE DE UN CASO

Berni R, Taboada D, Benitez Z.
Instituto de Previsión Social.

Objetivo: Reportar un caso de diagnóstico de Carcinoma seroso de alto grado de trompa uterina del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de Paraguay (HC-IPS). **Introducción:** El cáncer primario de la trompa de Falopio es una de las neoplasias más inusuales tratados por los ginecólogos y rara vez se diagnostica correctamente antes de la cirugía ya que la detección temprana y el diagnóstico preoperatorio es muy difícil, a menudo la enfermedad se confunde con tumoraciones o cáncer de otro órgano y la laparotomía se lleva a cabo. **Materiales y Métodos:** Datos de historia clínica de paciente del servicio de Ginecología del HC-IPS con diagnóstico de carcinoma seroso de alto grado de trompa uterina. **Caso:** F.P., 62 años, conocida hipertensa y diabética, acude al servicio por hemorragia de la postmenopausia, se realiza ecografía que informa una tumoración anexial izquierda y endometrio engrosado de 6,1mm, se toma dosaje de marcadores tumorales cuyo resultados fueron normales

(CEA: 1,67 U/mL; CA125 31,72 U/mL), se realiza una histeroscopia donde se observa un pólipo endometrial de 1x0.5cm, se re realiza legrado biopsico donde el estudio anatomopatológico informó endometrio atrófico y pólipo de glándulas ístmicas sin atipias. Es sometida a una anexectomía vía laparotómica donde se hace diagnóstico por congelación intraoperatorio que informa un carcinoma maligno de ovario no mucinoso, por lo que se realiza una anexohisterectomía total, biopsias múltiples abdominales, omentectomía y linfadenectomía pélvica, donde el informe anatomopatológico final fue un carcinoma infiltrante seroso de alto grado de trompa uterina izquierda de región ampular, el tumor compromete todas las capas de la trompa, ganglios pélvicos positivos. Trompa derecha, útero, ovarios, epiplón sin evidencia de neoplasia, líquido peritoneal negativo correspondiente a la estadificación III-C de la F.I.G.O. Actualmente la paciente esta en tratamiento quimioterapico. **Discusión:** El diagnóstico preoperatorio de cáncer de la trompa de falopio es difícil debido a su rareza, síntomas e hallazgos inespecíficos de imagen. El estadio I el cáncer, que se limita a la trompa de Falopio, es extremadamente difícil de diagnosticar, por lo que es común que sea diagnosticado ya en estadios avanzados. No hay ningún síntoma característico del cáncer de la trompa de Falopio, pero el sangrado vaginal anormal ha sido reportado como el síntoma principal.

FIBROADENOMA EN MAMA AXILAR. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Iriarte M, Martínez P
Clínica Ingavi - IPS

Introducción: El tejido mamario ectópico axilar es un hallazgo relativamente frecuente, constituyendo la polimastia más frecuente. Puede ser bilateral y aunque puede presentarse con areola y pezón, lo más habitual es que sólo se encuentre tejido glandular. En el tejido ectópico se pueden desarrollar cambios hormonales y cualquier enfermedad que afecte a la mama normal, tales como: lesiones inflamatorias, mastopatía fibroquística con o sin cambios proliferativos, tumores benignos como fibroadenoma, tumor filodes y carcinomas. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 39 años, sin antecedentes ginecológicos y obstétricos de importancia ni historia familiar de cáncer de mama. Consulta por nódulo axilar izquierdo 3 meses de evolución, sin otros síntomas acompañantes. Al examen físico se constata mama axilar izquierda y a la palpación un nódulo de consistencia firme, redondeado, bien delimitado, móvil, de 2 cm. de diámetro. Anatomía patológica: Fibroadenoma mamario benigno de 1.98 cm originado en parenquima mamario axilar. **Discusión:** Presentamos un caso infrecuente de fibroadenoma originado en tejido mamario axilar. Queremos recalcar que cualquier patología mamaria usual puede afectar estos tejidos mamaros ectopicos, por tanto el médico las debe incluir dentro del diagnóstico diferencial de masas axilares a estas entidades.

LINFAADENITIS AXILAR TUBERCULOSA. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Martínez P, Iriarte M
Clínica privada

Introducción: La linfadenitis axilar primaria de etiología tuberculosa, sin otra patología asociada, es una entidad rara; sin embargo, debido al aumento en nuestro país de la incidencia de la enfermedad tuberculosa, puede verse incrementada su frecuencia. En nuestro País las tasas de casos de la enfermedad Tuberculosa son elevadas en los grupos étnicos y en las personas privadas de su libertad. En la población en general la tasa de incidencia registrada por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis es de 1500 por cada 100.000 habitantes. En el 2013 se registraron 2313 y en el 2011 se registraron 2541 casos en el Paraguay, de los cuales el 1% afecta a niños, 17% a indígenas y un 5% a personas recluidas en penales. Además 4,8% estaban asociadas a VIH en estos casos la mortalidad es alta. Se presenta un caso de linfadenitis axilar aislada de origen tuberculoso en una paciente de 58 años de edad, que debutó como una tumoración axilar acompañada de signos inflamatorios, sin afectación mamaria y sin otra enfermedad asociada. **Reporte del caso:** Mujer de 58 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, consulta por presentar una tumoración en axila izquierda de 2 meses de evolución, de crecimiento lento y progresivo, acompañado de signos inflamatorios y que produce molestias tras los movimientos del brazo. Refiere además pérdida de peso en los últimos meses. No refiere tos ni fiebre. En la exploración física se aprecia una paciente en buen estado general. La exploración de las mamas es normal. A nivel de la axila izquierda presenta una tumoración de 4 cm de diámetro mayor de consistencia firme, no adherida a planos superficiales ni profundos, de borde mal definido y doloroso a la palpación. Estudios laboratoriales dentro de los parámetros normales. VDRL No reactiva. HIV Negativo. Mamografía: mamas densas BIRADS 0. Presencia de ganglios axilares aumentados de tamaño adheridos entre sí. Ecografía mamaria: Mamas ecográficamente normales. Se constatan varios ganglios de tamaño aumentado, el mayor de 29 x 15 mm agrupados, con engrosamiento marcado de la cortical de 7 mm de espesor e hipervascularización, compatible con proceso inflamatorio, sin colección líquida. Además de marcada reacción inflamatoria del tejido subcutáneo adyacente. Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la región de engrosamiento cortical bajo guía ecografico: Compatible con LINFOMA. Se sugiere biopsia formal. Se realiza extirpación quirúrgica de la tumoración en su totalidad, extirpándose tres formaciones ganglionares aumentadas de tamaño 5 x 4,5 y otras menores de 2 x 2 cm cada una. Rx de tórax: Normal. Estudio anatomopatológico: Proceso inflamatorio agudo y crónico granulomatoso con supuración focal. Se observan áreas de nodulares epiteliodes e histiocitos con necrosis central y con aisladas células gigantes multinucleadas. El proceso inflamatorio se extiende mas allá de la capsula ganglionar. No se observan microorganismos con coloraciones de ruti-

nas. **Conclusión:** 1) La alta incidencia de la tuberculosis en nuestro país que tiende a ir en aumento y sus múltiples formas de presentación que adopta esta enfermedad, nos pone en alerta permanente a tenerla en cuenta ante cualquier situación. 2) La linfadenitis primaria de origen tuberculoso es una entidad muy rara, por lo general es secundario a una mastitis tuberculosa.

SÍNDROME DE HERLYN WERNER WÜNDERLICH. REPORTE DE TRES CASOS

*Berni R, Taboada D, Benítez Z.
Instituto de Previsión Social*

Objetivo: Reportar tres casos de diagnóstico de Síndrome de Herlyn Werner Wunderlich (HWW) del Hospital Central del Instituto de Previsión Social de Paraguay (HC-IPS). **Materiales y Métodos:** Datos de historias clínicas de pacientes del servicio de Ginecología del HC-IPS entre enero/2010 a enero/2012 con diagnóstico HWW. **Caso 1:** J.A., femenino, 21 años, nuligesta. Acude por hipermenorragia y sx doloroso abdominal, ecografía informa útero didelfo, hematocolpo, tumoraciones anexiales y agenesia renal derecha haciéndose el diagnóstico de HWW, es sometida a neosalpingostomía con fimbrioplastia por hematosalpinx derecho vía laparoscópica. Postoperatorio cuadro de abdomen agudo, ecografía informa hemorragia intraúterica y líquido libre abdominal. Se realiza histerectomía subtotal derecha y drilling del quiste vía laparotómica. **Caso 2:** T.A., femenino, 53 años, diagnóstico conocido de HWW, cirugías previas histerectomía subtotal y resección del tabique vaginal 38 años antes. Acude por hipermenorrea por miomatosis uterina. Se realiza histerectomía total con resección del 2º cérvix. **Caso 3:** S.S, femenino, 35 años, diagnóstico conocido de HWW, cirugías previas anexectomía izquierda por endometrioma 14 años antes, e histerectomía subtotal, sin resección del tabique en otro hospital 6 años antes. Acude a la consulta donde se diagnostica cervicitis mucopurulenta. Actualmente en planes de resección del tabique vaginal que no se realizó por el cuadro infeccioso presente. **Discusión:** Hay aproximadamente 200 casos reportados de HWW. La clínica más frecuente es dolor por hematocolpo. Hay que tener en cuenta la marcada relación con infertilidad y endometriosis de esta patología.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN CAVIDAD ABDOMINAL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ruiz Valdez O; Gómez H; Bellenzier A; Bataglia R; Saldivar C.

Centro Médico La Costa - Asunción.

Introducción: Una de las complicaciones que puede presentar la utilización de un Dispositivo Intrauterino, es la perforación del miometrio y el pesaje a cavidad, con las complicaciones que ello puede conllevar, esta se puede presentar en el momento de la inserción así como en ciclos posteriores, por lo que se debe mantener a la paciente bajo un control periódico y ante la sospecha de esta complicación se de aplicar todos los medios diagnósticos con los

que se cuenta, presentamos un caso de perforación uterina con diagnóstico luego de tres años de su aplicación y el su manejo. **Caso clínico:** Paciente de 37 años, consulta por ganglios supraclaviculares, dentro de los estudios diagnósticos se realiza TAC con contraste con el Hallazgo de un probable cuerpo extraño en cavidad abdominal. Como antecedente la paciente refiere que tres años antes dos meses después de una cesárea se le aplica un dispositivo intrauterino (Mirena), control posterior ecográfico inmediato con el dispositivo en cavidad uterina, ciclos posteriores dolorosos, que ceden parcialmente con analgésicos, en un nuevo control ya no se observa el dispositivo intrauterino, con el diagnóstico de expulsión, y ya que la paciente se encontraba asintomática, se opta por otro método anticonceptivo, la paciente refiere en años posteriores dolores discontinuos en flanco derecho. Ante la sospecha diagnóstica se realiza una reconstrucción 3D de la TAC, con ello se logra confirmar el diagnóstico y se logra precisar; la ubicación del dispositivo que se encontraba próximo al riñón izquierdo. Se procede a exploración de la cavidad abdominal por laparoscopia ubicándose el dispositivo cubierto por epiplón, móvil en cavidad, se procede a su liberación y extracción sin complicaciones durante la cirugía. **Discusión:** Toda paciente con un dispositivo intrauterino debe estar bajo control periódico, en el caso del Mirena, la ecografía convencional no es el mejor método de control, se debería optar por una eco 3D, y ante la ausencia del dispositivo en cavidad uterina, sin confirmación de expulsión o sospecha de perforación de perforación uterina, la radiografía convencional no es muy precisa por lo que se debe optar por la TAC con contraste, y mejor aún con reconstrucción 3D, el manejo primario sería una laparoscopia y actuar según los hallazgos, ya que laparotomía podría llegar a ser necesaria.

EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL

Ibarra H; Echeverria M; Lovera G.

Institución: Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso

Introducción: Se define a los embarazos ectópicos como la implantación o nidación anómala de un huevo fecundado en la mujer, como consecuencia de factores que alteran el proceso, tanto de migración ovular como también de su ubicación topográfica biológica. Causas de embarazo ectópico: Salpingitis, adherencias peritubarias, embarazo ectópico previo, operaciones previas en las trompas, abortos múltiples, tumores que deforman las trompas, operación cesárea previa, transferencia intratubaria de gametos, endometriosis y tuberculosis. Casi todos los casos de embarazo ectópico abdominal son secundarios a una rotura temprana o al aborto de un embarazo tubario en la cavidad peritoneal. La implantación primaria es muy rara. **Descripción:** Paciente RG de 35 años de edad, multipara, que consulta en el servicio de urgencias por ausencia de movimientos fetales, dolor en hipogastrio y sangrado escaso, en fecha 11-03-08. Se realiza examen físico con los siguientes hallazgos: SV: PA 100/60 Pulso: 80 x min. FR: 20 x min. T: 37°C. AU: 26 cm. MF: (-) LF: (-) DU: (-) en 10 min. Ecografía obstétrica que informa: óbito fetal y placenta previa oclusiva total. Se solicitan estudios laboratoriales dentro de límites normales. Se realiza preparación pre-quirúrgica con 2 vo-

lúmenes de sangre y evaluación clínica. Se realiza cirugía a las 48 horas de internación con asepsia de campo operatorio, incisión Pfannenstiel. Apertura por planos. Se constata formación tumoral con visualización de vasos, tipo várices, en todo el abdomen. Se procede a punción y escurre líquido achocolatado en moderada cantidad y salida del producto de sexo masculino con maceración grado II. Se reduce la formación tumoral, que resulta ser placenta y se observa útero en posición posteroinferior. Se pinza el cordón umbilical en la base y se explora. Se constata placenta adherida a epiplón y cara anterolateral izquierda del útero. Se procede a P-S-L de placenta a epiplón. Se realiza histerectomía subtotal y se deja ovario derecho. Se procede a control de hemostasia. La evolución de la paciente fue satisfactoria y el alta fue dada a las 72 horas. Se recibe resultado de anatomía patológica que informa implantación placentaria en serosa uterina, hematoma retroplacentario antiguo en vías de organización. **Conclusión:** En toda cirugía programada se debe tener en cuenta los más mínimos detalles como ser estudios laboratoriales, una minuciosa evaluación clínica pre-quirúrgica, disposición de sangre a ser utilizada, UTI y clínicos que lo manejan; gineco-obstetras capacitados para manejar diferentes casos y hallazgos inesperados como un embarazo ectópico abdominal. **Discusión:** En las diferentes literaturas, hay consenso universal en el manejo del embarazo ectópico abdominal. Disponer de por lo menos 2000 ml de sangre con posibilidad de obtener más cantidad. Sistema de infusión intravenosa para aportar líquidos a gran velocidad y UTI. En el acto quirúrgico el recién nacido debe ser liberado, el cordón ligado lo más cerca de la placenta y el abdomen cerrado sin exploración placentaria. Complementar con metotrexato a dosis de 1 mg/kg dosis para acelerar la involución placentaria.

FIBROADENOMA: FRECUENCIA DIAGNÓSTICA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN PABLO. ABRIL 2010 - ABRIL 2012.

*Núñez M; López T; Acuña V.
Hospital Materno Infantil San Pablo*

Introducción: Se define nódulo mamario como la presencia de una tumoración en el tejido mamario. El más frecuente es el fibroadenoma, compuesto de una combinación proliferativa de elementos epiteliales y estromales. Suelen aparecer en mujeres entre 20 y 35 años, aunque en algunos casos se pueden presentar en edades mayores, y visualizarse calcificados durante mamografías de pesquisa. Constituyen la categoría más común de tumores benignos de la mama. Son indoloros, fibrosos, duros, redondeados, ovalados o multilobulados, únicos o múltiples, de crecimiento lento, no están adheridos a la piel o a planos profundos. La decisión del tratamiento es una elección compartida entre el médico y la paciente; si el tamaño del fibroadenoma es pequeño se puede tomar una conducta expectante. **Objetivos:** Describir las características clinicopatológicas de presentación del fibroadenoma en la población que acude al consultorio de mastología del Hospital Materno Infantil San Pablo en el periodo de abril 2010 – abril 2012. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes que fueron operadas con diagnóstico preoperatorio de fibroade-

noma mamario. Se analizan los variables frecuencia, edad, localización anatómica y tamaño. **Resultados:** Fueron revisadas 105 historias clínicas, en las cuales se encontraron 33 pacientes que fueron operadas con diagnóstico preoperatorio de fibroadenoma mamario, constatándose así una frecuencia de 30,4% entre las demás patologías mamarias vista en el consultorio. La edad más frecuente fue de 20 a 30 años el 39,3%, menores de 20 años 27,2%, 30 a 40 años 18,1%, y mayor a 40 años 15,15%. El cuadrante superior externo e interno fue la localización más frecuente, ambos con el mismo porcentaje de 42,4% para ambos lados, la región retro areolar el 12,1%, y el cuadrante inferointerno el 9%. En 2 pacientes el fibroadenoma fue bilateral, en 21 pacientes en la mama derecha que corresponde al 63,6%, y en 10 pacientes en la mama izquierda que corresponde al 30,3%. En relación al tamaño, 12 fueron de 3 cm (36,3%), 10 de 2 cm (30,3%), 8 de 4 cm (24,2%), 4 de 5 cm (12,1%) y 1 de 1 cm. El ultrasonido se realizó en todas las pacientes con hallazgo de nódulo sólido, bien delimitado, de bordes regulares, con poco reforzamiento posterior, ecoestructura homogénea, sin alteración de la arquitectura mamaria. Se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos con exeresis del nódulo con abordaje en piel peri areolar. No hubo complicaciones peri operatoria, en lesiones grandes se colocó drenaje penrose, el cual se retiró a las 24hs en promedio. El reporte anatomopatológico se corroboró en todos los casos, el resultado cosmético fue satisfactorio, sin presentar recurrencias. **Conclusión:** El nódulo o masa mamaria constituye una causa frecuente de consulta ginecológica que genera ansiedad y preocupación tanto en las pacientes como en los médicos, debido a la sospecha de un origen maligno. Los fibroadenomas son los más frecuentes, sin embargo se debe diferenciar de otras neoplasias como hiperplasia ductal, adenosis, tumor phyllodes entre otros.

FRECUENCIA DE INFECCIONES POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN LOS RESULTADOS CITOLÓGICOS

*Báez L; Yd L; Ortigoza H; Franco F; Riveros C; Bataglia Doldán V
Unidad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Cátedra de Clínica Ginecobiétrica. Facultad de Ciencias Médicas. UNA. San Lorenzo - Paraguay*

Introducción: Uno de los descubrimientos más importantes en la investigación de la etiología del cáncer de los últimos 25 años ha sido la demostración de que el cáncer de cuello uterino está causado por la infección por virus del papiloma humano (VPH). Y es que, aunque la mayoría de infecciones por VPH conllevan un curso benigno y se resuelven espontáneamente, la evidencia científica ha permitido describir que el cáncer de cuello de útero es una secuela a largo plazo de una infección persistente por ciertos genotipos del VPH. La identificación del origen viral del cáncer de cervix, así como de los principales elementos de su historia natural y de su patogénesis han abierto nuevas opciones para la prevención secundaria (detección precoz de lesiones cervicales preinvasoras mediante citología) y ofrecen, por primera vez en cancerología, opciones de prevención primaria, como la vacunación. Existen sistemas

formales para la clasificación citológica de las condiciones precursoras de cáncer cervical. Conforme al sistema de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NCI), a la displasia cervical leve donde se encuentran células en mitosis e inmaduras únicamente en el tercio inferior de el epitelio se le clasifica como NCI I; a la displasia moderada se le clasifica como (NCI II) afecta el tercio medio del epitelio, y a la displasia severa incluyendo carcinoma in situ (CIS) se clasifica como (NCI III). **Objetivos:** Determinar la prevalencia de infección por HPV (virus del papiloma humano) en estudios citológicos realizados a las pacientes que acudieron a la cátedra de Ginecología del Hospital de Clínicas. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, se analizaron los resultados citológicos de pacientes ginecológicas y embarazadas en el periodo comprendido entre enero 2007 a diciembre del 2011. Para determinar el tamaño de muestra se utilizó Epiinfo 2000, para un universo de 20522 pacientes: con una prevalencia del 30%. El tamaño mínimo para confianza 99% es de 62 pacientes. **Resultados:** Se incluyó en el estudio a 20.522 mujeres que se realizaron citología de las cuales 8.557 gestantes y 11.965 ginecológicas entre edades 15 a 75 años, el 66% de ellas acudía por primera vez al examen. El 20% proceden del interior del país, El 52% eran gestantes, el grupo etario más frecuente es el del 35 a 45 años La prevalencia de positividad fue 622 casos, CIN I fue la de mayor prevalencia 398 casos, CIN II: 109 casos; CIN III 115 casos. **Conclusiones:** El cáncer cervicouterino en Paraguay es un problema de salud pública con una alta prevalencia. La citología cervical (Papanicolaou), actualmente se sigue utilizando como el método más eficaz y de bajo costo para detectar el cáncer cervical. Si las lesiones pre-cancerosas son detectadas precozmente y tratadas con éxito, la mujer no desarrollará cáncer.

MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES EN GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

*Galeano, L.; Genes, V., Franco R., Airdi, L.
Cátedra de Clínica Ginecología, Universidad Nacional de Asunción, San Lorenzo. Paraguay*

Introducción: La ginecología Infanto Juvenil es una sub especialidad, que cuenta con un consultorio diferenciado, tres veces por semana, dentro del Departamento de Salud Reproductiva de la Cátedra, dedicado a la atención ginecológica de niñas y adolescentes que acuden al servicio. **Objetivos:** Conocer el motivo de consulta más frecuente en el consultorio de ginecología infanto juvenil. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal de pacientes atendidas en el consultorio de Ginecología infanto-juvenil de la Cátedra de Clínica Ginecología, de la UNA, de 0 a 19 años, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2011. Para la recolección de los datos utilizamos la ficha clínica de las pacientes y analizamos: edad, motivos de consulta, si la consulta era de control o primera vez y procedencia. **Resultados:** De un total de 27.346 fichas de ginecología general, el 7,7% corresponde a Infanto juvenil (2.097 consultas), de ellas 294 (13,6%) corresponden a niñas (0 a 9 años) 1.803 (86,4%) adolescentes (de 10

a 19 años). Entre las adolescentes el principal motivo de consulta es la irregularidad menstrual (28%), seguido de control ginecológico (17%) y los casos de leucorrea (16%). En cuanto a las niñas se observa que predominan las consultas por leucorrea (23%) seguido de la coalescencia de labios menores, (17%) y los casos de sospecha de abuso sexual infantil (11,5%). El 51% de las consultas fueron de primera vez, y del total, el 67% fueron pacientes procedentes del Gran Asunción. **Conclusiones:** Se observó predominio de las adolescentes entre las pacientes que asisten a consulta de Ginecología infanto-juvenil y la irregularidad menstrual fue su principal motivo de consulta. En las niñas se constató que el motivo de consulta más frecuente fueron los casos de leucorrea y no dejemos de mencionar que en tercer lugar se encontraron los casos de sospecha de abuso, lo cual justifica el trabajo multidisciplinario en la atención de este grupo etáreo.

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA PERIMENOPAUSIA

*Bataglia V; Fretes B; Colman G; Romero L; García N; Benítez R
Hospital de Clínicas - San Lorenzo*

Introducción: El climaterio es la transición que ocurre entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. Se caracteriza por una deficiencia de estrógenos. Esta etapa incluye el inicio de las manifestaciones endocrinológicas, biológicas y/o clínicas, indicativas de que se aproxima la menopausia y como mínimo hasta el primer año que sigue a la menopausia. Esta última, marca el cese de la función cíclica del ovario. Se observa el cese de las menstruaciones por un espacio de un año y correlacionada con la disminución de la secreción de estrógenos, por pérdida de la función folicular. El momento de su presentación está determinado genéticamente y ocurre, en promedio, entre los 45 y 55 años; no se relaciona con la raza ni el estado de nutrición; sin embargo, ocurre antes en la mujer nulípara, fumadora y en aquellas que han sido sometidas a histerectomía. Las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud muestran que en pocos años se alcanzará la cifra mundial de 750 millones de mujeres posmenopáusicas. **Objetivos:** Determinar características clínicas y socio demográficas de mujeres peri menopáusicas en el consultorio de ginecología general del Hospital de Clínicas San Lorenzo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal, de corte trasverso. Con muestreo aleatorio simple y un IC $\geq 95\%$ para el universo calculado con Epi Info 7. Como criterios de inclusión: mujeres de 45 a 55 años que consultaron en ginecología general durante el año 2011. Se excluyeron pacientes con enfermedades neurológicas. Las variables en estudio fueron edad, escolaridad, gestas, paras, ocupación, estado civil, motivo de consulta, mamografía, estudio de cuello, actividad física, tabaquismo, dislipemias, hipertensión, diabetes, patología tiroidea, índice de masa corporal. **Resultados:** De 623 de un mes se tomaron 96 historias clínicas. La edad media fue de 49 años, 78% de las pacientes fueron amas de casa, 51% casadas, 52% fueron a la secundaria, 23% fueron grandes múltiparas, 31% fueron

menopáusicas. Entre los motivos de consulta 28% presento genitorragia, 21% acudió por control, 15% por prolapso. El 45% refirió hipertensión arterial, 11% fueron diabéticas, 13% portadoras de patología tiroidea. Así el 85% del total no realizaba actividad física y el 9% declararon tabaquismo. Con respecto al PAP el 10% no se realizó, 7% presento atipias, por otro lado la colposcopia fue normal en el 78%. Sobre las mamografías 11% presentó BIRADS ≥ 2 y 35% no se realizó dicho estudio. El 29% presentaba anemia. La mediana de Índice de masa corporal fue de 27. **Conclusión:** Es importante destacar la aparición de algunas enfermedades crónicas en esta etapa. La hipertensión arterial y cardiopatía isquémica son afecciones cuya morbilidad aumenta durante la perimenopausia y constituyen la mayor causa de muerte. Estas enfermedades guardan relación con el estilo de vida y como pudimos observar, un número importante de estas pacientes tenían sobrepeso y fumaban, lo que añade factores de riesgo importantes para estas enfermedades y otras como la osteoporosis.

CARACTERIZACIÓN DE UNA POBLACIÓN QUE ACUDE AL CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ITAPÚA

Lobo Samaniego A.

Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa, dentro de sus actividades de Extensión y Docencia habilita desde el año 2009 el Consultorio de Ginecología que brinda atención médica en la especialidad. De lo revisado en la literatura, los motivos de consulta frecuentes son las infecciones de tracto genital inferior y alteraciones menstruales. Particularmente las infecciones constituyen una importante causa de morbilidad femenina. El objetivo del presente trabajo fue el de caracterizar a la población que acude al consultorio, para lo cual se eligió un diseño descriptivo, transversal, retrospectivo, incluyendo los registros médicos de pacientes de cualquier edad, que consultaron entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2011. Los resultados obtenidos, señalan a 182 mujeres, con un promedio de edad 32,7 (± 12) años, el 78% proveniente de la ciudad de Encarnación, 21% de otros distritos del departamento de Itapúa y el restante 1% fuera del departamento. En cuanto al motivo de consulta; que en algunos casos fue más de uno; el 27,5% corresponde a leucorrea; 24% consultas para mostrar PAP; 18% alteraciones menstruales; 12% puerperio; 11,5% prurito vaginal; los síntomas urinarios, el dolor en bajo vientre y las molestias referidas a las mamas comparten un porcentaje idéntico de 5,5%; le siguen en menor proporción, genitorragia y dispareunia. En cuanto a los gérmenes identificados en la citología cervical ($n=22$), en el 77,5% corresponde a *Candida albicans*, 18% *Gardnerella vaginalis*, 4,5% *Chlamydia trachomatis*, y no se identificó *Trichomonas vaginalis* ni Virus del Papiloma Humano. A un 14,3% de las pacientes se le asignó el diagnóstico de vaginosis bacteriana mediante la prueba del ácido acético. Como parte del plan terapéutico, la citología cervicovaginal fue solicitada en 25,27%. **Discusión:**

Dada su reciente implementación, su limitación de horarios y el costo de la consulta, el Consultorio de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa, representa una alternativa válida para las usuarias. La muestra revela una gran diversidad en cuanto a la edad, siendo sin embargo mayoritariamente homogénea en cuanto a la procedencia. En cuanto al motivo de consulta, nuestros resultados siguen el patrón referido en la literatura con respecto a ser la leucorrea el síntoma más frecuente según López-Barbosa, Nahyr y col. de los hallazgos por citología cervical, nuestra casuística se asemeja a lo consultado, debido a que Salas N. y col. en Armenia-Colombia donde sindicaron a los cocobacilos tipo *Gardnerella vaginalis* (39%) como el principal agente, seguido de *Candida albicans* (6,5%) y *Trichomonas vaginalis* (5,7%); Diana Alemán Mondeja L., Almanza Martínez C. y col. de La Habana-Cuba encontraron en mayor frecuencia vaginosis bacteriana, seguida de candidiasis vaginal y trichomoniosis vaginal; estando éste último agente junto con el Virus del Papiloma Humano (ambos referidos como frecuentes en la bibliografía) ausentes en nuestra población. Resulta imperiosa la implementación de una ficha médica ginecológica estandarizada que permita el adecuado registro de los datos.

HISTEROSCOPIA DIAGNÓSTICA. HALLAZGOS EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE PATOLOGÍA ENDOMETRIAL

Duarte Areco KP.

Hospital Nacional de Itauguá

Introducción: Para el estudio de la patología endometrial se puede hacer uso de varios métodos auxiliares del diagnóstico, que se escogen en el contexto de la paciente, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas y las patologías más frecuentes que se pueden presentar. La histeroscopia en un procedimiento mínimamente invasivo de gran especificidad en el diagnóstico. **Objetivo:** Describir los hallazgos histeroscópicos en pacientes con sospecha clínica y ecográfica de patología endometrial. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron mujeres con diagnóstico clínico de sangrado uterino anormal y cuya ecografía reportó imágenes sugestivas de patología endometrial, que fueron sometidas a histeroscopia diagnóstica, a las que se les realizó biopsia endometrial aspirativa, que acudieron al servicio de Histeroscopia del Hospital Nacional de Itauguá, desde abril de 2011 hasta febrero de 2012. La histeroscopia se realizó en todos los casos por un único operador, con un histeroscopio rígido Karl Storz, de 3.5 mm de diámetro con óptica de 3 mm. El procedimiento se realizó en forma ambulatoria previa administración de analgésicos no esteroideos. Se analizaron la edad, indicación de histeroscopia, hallazgos ecográficos e histeroscópicos, anatomía patológica y complicaciones del procedimiento. Se revisaron historias clínicas y se analizaron los datos en una planilla de cálculos previamente confeccionada. **Resultados:** Se analizaron 56 pacientes que acudieron a consultar por hemorragia uterina anormal, con reportes ecográficos de patología endometrial y a las que se practicó histeroscopia diagnóstica con pos-

terior toma de biopsia endometrial. La edad promedio de las pacientes fue de 44 años (21-71), todas las pacientes consultaron por hemorragia uterina anormal, 12 pacientes (21.42%) correspondían a sangrado de la post-menopausia, 23 pacientes (41.07%) eran perimenopausicas. El hallazgo ecográfico más frecuente fue el de endometrio engrosado 33 casos (58.92%), seguido de miomatosis uterina 9 casos (16.07%). El hallazgo histeroscópico más frecuente fue el de hiperplasia generalizada 18 casos (32.14%), seguida de hiperplasia focal con 10 casos (17.85%) y endometrio secretor en 10 casos (17.85%), pólipo endometrial 4 casos (7.14%), mioma uterino 4 casos (7.14%), restos ovulares 4 casos (7.14%), se encontraron 3 casos de sospecha de cáncer (5.31%). Se constató un caso de hemorragia incoercible tras la toma biopsica que derivó en histerectomía. En los demás casos el estudio fue bien tolerado. **Conclusión:** En pacientes con sospecha clínica de patología endometrial, la histeroscopia es un método útil para el diagnóstico ya que permite evaluar toda la cavidad uterina, y es capaz de identificar áreas específicas sospechosas de lesión, aún de pequeña extensión y permiten realizar biopsia dirigida. En este estudio la hiperplasia endometrial fue el hallazgo histeroscópico más frecuente en un 49,9% de los casos, seguido de endometrio normal en un 17,85%.

PROLAPSO GENITAL

*Adorno H, Giangreco J, Ferreira F.
Hospital Materno Infantil "Reina Sofía", Cruz Roja Paraguaya. Asunción.*

Introducción: El prolapso genital es motivo frecuente de consulta ginecológica y la mayoría del grupo etario que sufren este problema de salud se encuentra más allá de los 50 años. El prolapso del útero no es en realidad una enfermedad del útero. Es una alteración de los elementos de suspensión, de sustentación y de contención del útero que se lesionaron casi siempre por el embarazo y el parto. Además de las lesiones traumáticas de la fascia endopélvica, principalmente de los ligamentos cardinales y uterosacros, al prolapso del útero con frecuencia se lo encuentra con lesiones o relajaciones de los músculos del piso pélvico, principalmente de los músculos elevadores del ano y de las fascias de envolturas de la vejiga, de la vagina y del recto. **Descripción de caso:** Paciente posmenopáusica de 68 años de edad, con antecedentes ginecológicos de 5 partos vaginales y 1 cesárea, tres de estos con productos macrosómicos, en el último parto refiere haber sufrido desgarro. Como antecedentes patológicos se le había realizado una cirugía por eventración con colocación de malla abdominal y una histerectomía parcial por mioma de tres kilos. Inicia el cuadro 8 meses atrás aproximadamente refiriendo sensación de cuerpo extraño en rima vulvar que se exagera en los últimos 3 meses, haciéndose evidente la protrusión de paredes vaginales motivo por el cual la paciente acude a consulta, donde tras ser realizado el examen ginecológico se constata el diagnóstico de alteración de la estática pélvica genital (colpocistocele III, prolapso de muñón cervical, enterocele, colproctocele I-II). **Discusión:** El prolapso genital se encuentra presente frecuentemente en mujeres multíparas aproximadamente en 50% de los casos,

y este porcentaje de relevancia clínica, está en relación directa con el aumento de la paridad pudiendo llegar hasta un 71.2%, como consecuencia de los traumatismos de los partos, periodos expulsivos prolongados, productos macrosómicos, desgarros que es el caso de nuestra paciente. La franja etaria abarca mujeres mayores a 50 años en general, y en la literatura se describe que 1 de cada 10 mujeres a los 80 años ha sido operada de prolapso genital, esto atribuible al déficit hormonal presente en este grupo de pacientes coincidente con el caso descrito. **Conclusiones:** La multiparidad y el déficit hormonal se relacionan como factores predisponentes principales del prolapso genital. En relación a de los trastornos de la estática pélvica genital y el prolapso de cúpula y enterocele son poco frecuentes por lo que el caso descrito resulta interesante. La cirugía con malla es la de elección para prevenir recidivas. Es importante el seguimiento de la paciente a corto, mediano y largo plazo para corroborar los resultados de esta técnica descrita desde fines del noventa.

TUMOR DE MÚSCULO LISO CON POTENCIAL MALIGNO INCIERTO: COMUNICACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Bataglia Doldan V¹; Apuril Velgara M¹; Ayala Valdés L¹; Fretes B¹; Lovera G¹; Colman G¹; Valdez S².

1. Cátedra de Ginecobstetricia. Facultad de Ciencias Médicas Hospital de Clínicas. San Lorenzo. U.N.A.

2. Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas Hospital de Clínicas. U.N.A.

Introducción: Las tumoraciones mesenquimales del músculo liso comprenden una gran variedad de neoplasias, tanto benignas como malignas. Representa 3% de tumores malignos uterinos y aproximadamente 1% de los tumores del aparato genital femenino. Según la clasificación de la OMS se subdividen en: Tumores mesenquimatosos: sarcoma endometrial de bajo grado e indiferenciado; Tumores de músculo liso: Leiomioma de variante epiteloide, mixoide; Tumores con potencial de malignidad incierto (STUMP); Carcinosarcoma: Homólogos y Heterólogos. Los STUMP representan un grupo heterogéneo de tumores infrecuentes que han sido objeto de pocos estudios. Representan un desafío por su comportamiento incierto, según la literatura, la mayoría de ellos tienen un curso benigno y un tratamiento satisfactorio con miomectomía o histerectomía. **Caso Clínico:** Exponemos el cuadro clínico, a propósito de un caso. Paciente de 47 años de edad, nulípara séxtuple cesareada anterior, hipertensión arterial en tratamiento y obesidad mórbida. Como motivo de consulta: antecedente de un año de menometrorragia refractaria al tratamiento con progestágenos. Se realizó ecografía Transvaginal. TAC abdomino-pélvica. Estos informaban útero aumentado de tamaño, múltiples imágenes compatibles con miomas uterinos. La exploración física ginecológica, valoración dificultosa. Se realizó histeroscopia diagnóstica, y el informe de anatomía patológica refirió: Leiomioma con focos de degeneración roja, atipia nuclear leve y 25 mitosis/ 10 campos. Hallazgos compatibles con Tumor de Músculo Liso con potencial maligno incierto (Stump). Con este diagnóstico se realiza laparotomía media. Situs operatorio: útero aumentado de

tamaño como del 3º mes de gestación, los anexos aumentados. Presencia de múltiples adherencias en cara anterior del útero que se liberan. Se realizó anexohisterectomía total. El diagnóstico anatomopatológico informó: Fragmentos de Leiomiomas con focos de degeneración roja, atipia nuclear leve y más de 5 mitosis por 10 campos de gran aumento; hallazgo compatible con Tumor de músculo liso con potencial maligno incierto (STUMP). La evolución fue desfavorable. Fallece en UCIA por descompensación hemodinámica. **Discusión:** Los tumores mesenquimales de célula muscular lisa, engloban un conjunto muy amplio de distintos subtipos histológicos, entre los que se encuentran los tumores de potencial maligno incierto (stump). Estos representan una subcategoría pobremente definida de los tumores uterinos. Tienen características macroscópicas y microscópicas intermedias entre las de leiomiomas y las del leiomiomasarcomas. Cuando los criterios histológicos de malignidad no están claramente definidos por que el tipo de necrosis o el índice mitótico es ambiguo y el tumor tampoco puede ser clasificado como mioma benigno, este debe ser clasificado como STUMP. El tratamiento de estos tumores no está establecido con claridad, siendo válido desde una tumorectomía hasta una histerectomía con anexectomía bilateral. La experiencia clínica en el tratamiento de los tumores de músculo liso con potencial maligno incierto es escasa; según la literatura la baja incidencia de esta afección reportada obliga a realizar una vigilancia estrecha luego del tratamiento quirúrgico. Luego de quince años de un tratamiento quirúrgico se ha tenido conocimiento de metástasis pulmonares en pacientes con supervivencia mayor a 94 meses después de la metastasectomía.

CARCINOMA PRIMARIO DE TROMPA UTERINA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Molinas F; Soskin A; Lovera G; Armoa G; Vera V; Fernández G

Servicios de Anatomía Patológica y Ginecología. Hospital Nacional de Itauguá

Introducción: El carcinoma de la trompa de Falopio es una entidad rara, representando entre el 0,3% a 1,1% de las neoplasias malignas del tracto genital femenino. Su prevalencia es de 0,41 casos por 100.000 mujeres en Estados Unidos. La edad de aparición es muy variable, siendo más frecuente en mujeres menopáusicas o posmenopáusicas, entre la sexta y séptima décadas de la vida, aumentando el riesgo en nulíparas. Son pocos los datos conocidos respecto a su etiología. Existen casos hereditarios, sin embargo el número exacto es desconocido. A la inversa, en el 16-43% de mujeres con esta patología se han detectado mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2, a lo que se suma un riesgo aproximado del 90%, en estas pacientes, de desarrollar cáncer de ovario o peritoneal. Clínicamente puede presentarse con sangrado vaginal anormal o leucorrea sanguinolenta, dolor abdominal y presencia de una masa pélvica, síntomas y signos inespecíficos por lo que raramente el diagnóstico es realizado en el pre-operatorio. El estadio tumoral es el factor pronóstico más importante. La supervivencia global a los 5 años es del 56,1%. **Descripción del caso:** mujer de

57 años de edad, menopáusica. Refiere dolor en hipogastrio de 1 año de evolución y sangrado vaginal intermitente de 6 meses de evolución. Análisis sanguíneo sin alteraciones. CA 125: 585 U/ml. La ecografía ginecológica muestra una tumoración mixta heterogénea en ovario derecho. La histeroscopia resultó normal. Se realizó una anexectomía derecha. El estudio anatomopatológico de la pieza identificó macroscópicamente una formación tumoral beige blanquecina, sólida elástica de aproximadamente 8 cm de eje mayor que comprometía casi toda la longitud de la trompa derecha, dilatando y ocupando la luz. En un sector el tumor se encontraba roto. El ovario del mismo lado no presentaba lesión. Microscópicamente se trata de un carcinoma pobremente diferenciado de trompa uterina derecha, sin compromiso del ovario. En una segunda intervención se realizó la histerectomía total con anexectomía izquierda, omentectomía y biopsias múltiples del peritoneo. En el examen patológico se observó compromiso tumoral del epiplón y del peritoneo sin lesión tumoral de los otros órganos. **Discusión:** El carcinoma primario de la trompa uterina constituye tanto un desafío diagnóstico como terapéutico. Es muy importante descartar la existencia de lesión primaria en ambos ovarios y en la trompa contralateral para denominar correctamente a esta patología. También es de vital importancia determinar el compromiso uterino, ganglionar y de los órganos adyacentes, ya que esto definirá el estadio tumoral y repercutirá en el tratamiento de la paciente. Dada la asociación con la mutación BRCA, ésta debe ser investigada en los familiares de primera línea a modo de recomendar la anexectomía profiláctica, en el caso que la mutación exista.

PATOLOGÍA VULVAR EN UN SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, CON ÉNFASIS EN LA CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES PRE-NEOPLÁSICAS

Bray Jiménez CE; Paredes Uliambre CE; Rodríguez IM, Figueredo Thiel S.

Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción.

Introducción: a pesar de la baja frecuencia de las patologías vulvares es importante que las lesiones pre-neoplásicas sean bien clasificadas, que la clasificación sea utilizada en forma estandarizada por los patólogos e incorporada al esquema de los ginecólogos. Según la última clasificación de VIN de la ISSDD (International Society for the study of Vulvovaginal disease) 2003, se clasifica el VIN en:

- VIN indiferenciado o clásico (HPV +): Bowenoides o Basaloide
- VIN Diferenciado (HPV -) o relacionado al Liqueo Escleroso y/o Hiperplasia Epitelial. Todas las lesiones del Liqueo y/o Hiperplasia epitelial con atipias pasan a formar parte de la clasificación del VIN.
- VIN NOS (en el que el patólogo encuentra patrones mixtos de VIN diferenciado y HPV).

Este trabajo utiliza esta clasificación ya que se trata de dos entidades que son completamente distintas en cuanto a su evolución y tratamiento. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de casos de patología vulvar, incluyendo patología benigna, premaligna y maligna. Utilizar la clasificación de la

ISSVD en las lesiones preneoplásicas. **Material y métodos:** Realizamos un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, llevado a cabo en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Universidad Nacional de Asunción, en el periodo comprendido entre los años 2007 al 2011. Hemos revisado los diagnósticos anatomopatológicos y las láminas de las lesiones de vulva en un periodo de 4 años. **Resultados:** De un total de 40.000 casos recibidos desde el año 2007 al 2011, 61 casos corresponden a patologías vulvares (0,2%). De los 61 casos estudiados 32 casos (52%) fueron lesiones preneoplásicas (VIN), 3 fueron neoplasias invasivas y, 26 pacientes fueron de patologías benignas. De los casos con VIN: 10 pacientes fueron del tipo VIN clásico o indiferenciado, 13 de tipo VIN diferenciado y, 9 del tipo VIN NOS. **Conclusiones:** Las lesiones pre-neoplásicas de vulva corresponden a más de la mitad de los casos de patología vulvar, por eso es necesario la aplicación de la nomenclatura sugerida por la ISSVD, para correlacionar su patogenia con su etiología y progresión tumoral.

PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO

*Bogado L, Aparicio C, Vera L, León N.
Hospital Materno Infantil San Pablo. Asunción*

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello de útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a carcinoma in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe y compromete la membrana basal. Es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo, con 493.000 nuevos casos y 274.000 muertes cada año, de los cuales el 83% ocurre en países en vías de desarrollo. Paraguay ocupa el tercer lugar en la incidencia de cáncer cervicouterino con 53.2 por cada 100.000 mujeres. Datos mundiales han demostrado que el virus del papiloma humano está asociado al cáncer cervicouterino en un 99% de los casos y de los genotipos que infectan el tracto genital femenino y masculino los 2 genotipos de alto riesgo (VPH 16-18) son causantes del 70% de cáncer cervicouterino y los 2 genotipos de bajo riesgo (VPH 6-11) del 90% de lesiones benignas (verrugas). Las edades de máxima prevalencia son entre 20 y 30 años para

CIN I, 30 a 34 años para CIN II, 35 a 49 años para los CIN III. Entre los factores de riesgo se presentan en mujeres con relaciones sexuales tempranas y frecuentes, embarazo precoz, promiscuidad, multiparidad, enfermedades de transmisión sexual, fumadoras, etc. La transmisión es por vía sexual, pero también por fómites, como instrumentales, guantes, sábanas, ropa interior o por autotransmisión. **Objetivos del estudio:** 1- Determinar la prevalencia de Lesiones Precursoras de Bajo y Alto Grado en pacientes del Hospital San Pablo. 2- Relacionar las lesiones con la edad, paridad y sexualidad de las pacientes afectadas. **Metodología:** Diseño: Descriptivo observacional, retrospectivo de corte transversal. Población enfocada: pacientes con lesiones precursoras de alto y bajo grado. Población Accesible: pacientes con lesiones precursoras de alto y bajo grado que fueron atendidas en el Hospital Materno Infantil San Pablo (HSP). **Resultados:** Fueron estudiadas 17.562 fichas clínicas de pacientes que acudieron al consultorio de Patología Cervical del Hospital San Pablo de enero a diciembre de los años 2009, 2010, 2011. Se encontró una prevalencia de 2,8% (502 casos) de lesiones precursoras y 4 casos (0,02%) de cáncer cervical. De las 502 pacientes con lesiones precursoras, 285 casos (56,7%) correspondieron a SIL de Alto Grado y 217 casos (43,2%) a SIL de Bajo Grado. De los 285 casos de SIL de Alto Grado, 118 correspondieron a CIN II y 163 a CIN III. El 37,7% de SIL de Bajo Grado se presentó en pacientes de 25-35 años, y el 30,1% de SIL de Alto Grado entre los 35-45 años. En un 27% de los casos de SIL se presentó en multiparas. No estuvo relacionado al número de parejas, la mayoría tuvieron 2 parejas y solo el 18,5% reveló 4 o más parejas. El 68,5% iniciaron su relación entre los 15 y 18 años. En los casos de SIL de Alto Grado se realizaron 30 conizaciones (10,5%), 253 Leeps (88%), 2 Electro fulguraciones (0,7%). Entre ellas se encuentran 4 casos de cáncer cervical. **Conclusiones:** La mayoría de las lesiones precursoras corresponden a SIL de Alto Grado, y entre ellas en mayor grupo fueron del Tipo CIN III. Se demuestra en este estudio que hubo relación a la multiparidad. No se encontró relación con el número de parejas. En cuanto al tratamiento de las lesiones de alto grado predominó el tratamiento con Leep y para las lesiones de bajo grado electrofulguración. En conclusión la prevalencia de lesiones precursoras es baja en nuestro servicio.

EMBARAZO ECTÓPICO EXTRAUTERINO ABDOMINAL

López TJ, Acuña V, Santos J, Núñez M, Heinichen M, Vera L.

Hospital Materno Infantil San Pablo

Introducción: Es una variante rara del embarazo ectópico con mayor riesgo de mortalidad el cual se desarrolla en la cavidad abdominal con implantación placentaria en cualquiera de sus estructuras y crecimiento fetal con Incidencia de 10,9-20,6 por cada 100.000 nacimientos y 9,2-14,5 por cada 1.000 embarazos ectópicos. Pueden ser Primarios donde la fertilización es a nivel peritoneal con subsiguiente implantación o Secundario siendo el más frecuente por lo general secundario a ruptura de un embarazo en la trompa con implantación posterior o a un aborto tubárico. Mortalidad Materna de 5-18% y fetal 40-95%. **Caso Clínico:** Mujer de 41 años, primigesta con retraso menstrual incierto, refiere dolor de 1 semana de evolución tipo puntada de moderada intensidad en hipogastrio que no cede con ninguna posición antalgica ni con medicamentos. Al examen físico, signos vitales dentro de parámetros normales, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, RHA presentes. Especuloscopia: cérvix posterior transversal, no se observa sangrado activo ni estigmas de sangrado, Douglas no abombado. Tacto bimanual: útero en anteversoflexión, aumentado como del 3er mes, Signo de Fraenkel negativo, Douglas no doloroso. Ecográficamente zona anexial y parte de flanco izquierdo se observa saco gestacional dentro del cual se observa embrión único con actividad embriocardica normal con movimientos activos correspondiente a 12,6 semanas de ubicación probable en cavidad abdominal, resonancia magnética con resultado consensuado embarazo extrauterino peritoneal, se evidencia abundante cantidad de líquido en pelvis de zona decline rodeando útero y estructuras pelvianas e ingresando en fondo de saco de Douglas. Laboratorio: BHCG pre quirúrgico: 75300; demás estudios dentro de parámetros normales. Se realizó laparotomía exploradora encontrándose abundantes coágulos y sangrado negrozco, visualizándose masa heterogénea correspondiente a saco gestacional de 12-14 semanas implantado a nivel de solución de continuidad de trompa izquierda y ovario correspondiente, borde inferior del epiplón mayor y menor, colon sigmoide y mesosalpinx. **Conclusión:** se tomó una conducta expectante debido a la situación multidisciplinaria que requería el caso llegando así un diagnóstico certero. En cuanto a la laparotomía exploradora se realizó también anexectomía izquierda, se logró remover quirúrgicamente la placenta sin acarrear sangrado masivo en zonas de implantación a pesar de que se recomienda en estos casos dejar la placenta y realizar tratamiento con metotrexate con estricto control de BHCG post laparotomía. Se realizaron los controles de BHCG dando negativo a los 5 meses.

SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR INFRA-DIAFRAGMÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Torres Escobar J¹; Ruoti Cosp M²; Santa Cruz Estigarribia T¹.

¹Hospital Nacional de Itauguá. Itauguá.

²Clínica IMAGIX

Introducción: Los secuestros pulmonares (SP) son malformaciones congénitas del pulmón de origen mixto -bronquial y arterial- que se caracterizan por tener una zona de tejido pulmonar embrionario quístico y no funcional cuya vascularización se hace a través de una arteria sistémica anómala. Comprende el 0,5 a 6,45 de las malformaciones pulmonares congénitas. Existen dos variedades de secuestro pulmonar: intralobar y extralobar. En el SP extralobar el pulmón secuestrado tiene su pleura visceral propia y recibe irrigación de la aorta torácica o abdominal. Es más frecuente del lado izquierdo y en el 80% se sitúa entre el lóbulo inferior del pulmón y el diafragma. También puede tener una localización extratorácica, a nivel del diafragma o infradiafragmático. El diagnóstico definitivo de una masa abdominal superior fetal sólo puede hacerse después del nacimiento, tras una serie de revisiones ultrasonográficas o de imágenes. **Descripción del caso:** primigesta, 19 años de edad. Ecografía en la 12,2 semana: Gestación intrauterina. Marcadores cromosómicos dentro del rango normal. Ecografía morfológica en las 23,3 semanas: En polo superior del riñón izquierdo masa ecogénica con áreas anecoicas que impresiona formar parte del riñón, mide 21 x 11 mm. Ausencia de otras alteraciones estructurales. Ecografía en la 32,4 semanas: Se observa imagen la misma imagen, suprarrenal izquierda, mide 20 x 16 mm. Al Doppler irrigación impresiona provenir de la Aorta abdominal. Ecografía en la 33ª semana: Imagen ecogénica con áreas anecoicas (22 x 15 mm). Al Doppler irrigación que proviene de la aorta. Glándula suprarrenal y riñón izquierdos bien delimitados. Se sugiere como diagnóstico secuestro pulmonar infradiafragmático. En la 37,5ª semana: nacido de 2.700 gramos, Apgar de 8/9, sin complicaciones. Ecografía neonatal a los 16 días de vida (DDV): Imagen mixta, sólida con áreas quísticas, en región suprarrenal izquierda, de 20 x 10 x 12mm. Tomografía computada de abdomen a los 20 DDV: imagen hipodensa ovalada, de paredes finas, se ubica adosada a polo superior del riñón izquierdo, porción interna, en topografía de la suprarrenal de ese lado, la cual no se identifica. Masa suprarrenal. Cirugía a los 31 DDV: Lumbotomía izquierda, abordaje extraperitoneal de la celda renal izquierda. Hallazgo: Riñón izquierdo normal. Suprarrenal normal. Masa sólida por encima de la suprarrenal que llega hasta diafragma, mide 3 x 2 x 1 cm, sin infiltrar el mismo. Diagnóstico anatomopatológico, a los 33 DDV: La imagen histológica es similar a parénquima pulmonar embrionario. Ante una masa de ubicación suprarrenal los diagnósticos diferenciales incluyen neuroblastoma, hemorragia adrenal, tumores renales, teratomas y secuestro pulmonar extralobar infra-

diafragmático (SPEI). **Discusión:** El SP puede tener una localización extratorácica, 10 a 15% de estos casos pueden presentarse a nivel del diafragma o por debajo del mismo, constituyendo el SPEI el 2 a 5% de los secuestros pulmonares. Debido a la baja incidencia del SPEI, consideramos útil la presentación de este caso para tenerlo en cuenta al momento de realizar diagnósticos diferenciales ante masas ecográficas abdominales prenatales.

PREVALENCIA DE MALFORMACIONES CONGENITAS EN FETOS DE MADRES ADOLESCENTES

González O; Genes V; Franco R; Romero L; García N; Bataglia V.

Cátedra y Servicio de Gineco –Obstetricia. Hospital de Clínicas San Lorenzo

Introducción: Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes son Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes. En Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social informa que el 18% de los embarazos registrados en los últimos años son de adolescentes. Los defectos congénitos se producen por alteraciones en el desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular del feto e interfieren con el proceso de adaptación a la vida extrauterina. Son responsables directos o indirectos de una alta proporción de muertes perinatales e infantiles, pues dejan secuelas graves. Se informa mayor incidencia de malformaciones entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida. **Objetivos:** Conocer la prevalencia al nacimiento de malformaciones congénitas en los hijos de madres de edades comprendidas entre 10 y 19 años durante el año 2011 en el Hospital de Clínicas – San Lorenzo. **Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, retrospectivo y observacional. Para el cálculo de tamaño de muestra se utilizó el programa Epiinfo 2000, para un universo de 1760 pacientes que tuvieron su parto en el Hospital de Clínicas de San Lorenzo durante el año 2011. Se revisaron 330 historias clínicas. Los datos fueron analizados en el programa Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** Durante el periodo de estudio del total de partos registrados el 18,7% fueron adolescentes, entre las mismas se identificaron 3 casos de defectos congénitos (0.9%). El grupo de estudio tuvo una media de edad materna de 17 años. En el 75% de los casos, la escolaridad de las pacientes fue de nivel secundario. En cuanto a controles prenatales, se observa que un 54% cuenta con controles prenatales suficientes (5 o más) y tan solo cuatro pacientes (1%) sin control prenatal. De los 3 casos con defectos congénitos identificados, 2 corresponden a defectos mayores y 1 defecto menor. **Conclusiones:** Con el aumento en el número de madres adolescentes se abre en la pediatría y la obstetricia un mundo de desafíos respecto del producto de estas gestaciones. Se hace hincapié en que ciertas variables socio demográficas, como bajo ingreso, suspen-

sión de estudios, baja tasa de matrimonios, malos hábitos maternos (tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas) y la pobre demanda a los sistemas de salud, se relacionan de manera negativa con el desenlace de estos embarazos. Por ello es muy importante insistir en el control prenatal adecuado, que permita el diagnóstico acertado y temprano de fetos con malformaciones congénitas, que es por ahora, la única opción que permite la atención especializada y oportuna que se refleja en menores repercusiones para el neonato, sus padres y las instituciones que atienden a las madres con estos problemas.

ANEURISMA DE LA VENA DE GALENO

Ríos E, Rojas R, Franco C, Medoza L, Strubing S, Ayala L, Velgara M, Battaglia V.

Hospital de Clínicas San Lorenzo-Centro Materno Infantil.

Introducción: Las malformaciones de la vena de Galeno son anomalías congénitas raras que pueden causar una severa morbilidad y mortalidad, particularmente en los neonatos pero también en niños de mayor edad. Constituyen aproximadamente el 1% de todas las lesiones vasculares. **Presentación del caso:** Mujer de 22 años, sin antecedentes mórbidos, secundigesta, con antecedente de 1 aborto espontáneo de 10 semanas. Embarazo actual: bien controlado. A las 34,6 semanas se realiza ecografía morfológica tardía que muestra anomalía congénita a nivel del SNC (ventriculomegalia bilateral, 3er ventrículo dilatado, mega cisterna magna, cerebelo con ausencia de vermix cerebeloso, malformación arteriovenosa de la vena de Galeno). A nivel del corazón fetal se observa dilatación de las cavidades derechas (sobrecarga derecha en relación con la malformación arteriovenosa del SNC) en el momento del estudio. Se realiza ecografía arterio venosa 4D que confirma el diagnóstico de malformación arteriovenosa de la vena de Galeno. En su internación se realiza nueva ecografía que concluye feto único vivo de 35 semanas, SNC con dilatación global de ventrículos. Probable malformación arteriovenosa. Probable ausencia de vermix cerebeloso. Área cardiaca aumentada con dilatación de cavidades derecha y derrame pericárdico. Miembros inferiores: dedos en pie de sandalia. LA: aumentado para la edad gestacional. Doppler fetal: A. Umbilical en rango sospechoso (IP: 1,37 IR: 0,74 Art. cerebral media: no evaluable). Se realiza una RMN fetal que informa: Se realizaron cortes sagitales, coronales y axiales en T1 y T2. Aparenta haber un ligero aumento del líquido amniótico. Se observa aumento del tamaño de las cavidades ventriculares supratentoriales. Se observa un vacío de señal irregular que ocupa la región posterior de la línea media y la región occipital, siendo prácticamente imposible en virtud de dicho artefacto distinguir la fosa posterior. Este vacío de flujo obliga a descartar una malformación vascular a aclarar con otros métodos complementarios. Aparenta existir cuerpo calloso, dudoso, por lo menos a sus dos tercios anteriores, afinado. Debe correlacionarse el afinamiento con el aumento de cavidades ventriculares. El estudio se centra solamente en el encéfalo y la parte de la columna que se en corte sagital no presenta protrusiones o déficit de soldadura. En su 7mo día de internación se constata ausencia de latido cardiaco fetal y de movimientos

fetales con dinámica uterina. Se procede a la inducción del trabajo de parto con 10UI de oxitocina. Parto vaginal, feto sin signos de vida. RN de sexo femenino, Peso 2.600 gr, Talla 49 cm, CC: 36 cm. **Discusión:** Las malformaciones vasculares intracraneales se clasifican en malformaciones arteriovenosas (MAV), telangiectasias capilares, angiomas cavernosos y malformaciones venosas, siendo las MAV las malformaciones congénitas cerebrales más comunes. Las malformaciones arteriovenosas de la vena de Galeno son un grupo heterogéneo de anomalías venosas profundas, dilatadas, del sistema galénico, nutridas por comunicaciones arteriovenosas anormales de la línea media. Son raras, presentándose en menos de 1/250.000 partos y causan un porcentaje importante de morbimortalidad.

EMBARAZO ECTÓPICO NO DIAGNOSTICADO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Garcete González O.

Hospital Central – Instituto de Previsión Social.

Introducción: Se presenta un caso de una gestación ectópica en la cual no se realizó un diagnóstico ni tratamiento precoz, paciente de 37 años, que consulta por genitorragia, B HCG positivo, pero sin hallazgos ecográficos de valor, 2 semanas después consulta por dolor en bajo vientre, con diagnóstico ecográfico de tumor anexial con B HCG (Negativo). Es operada 3 meses después del cuadro inicial por videolaparoscopia (CVL). Con diagnóstico final de embarazo ectópico. **Descripción:** Paciente 37 años, procedente de Limpio, el 26 de enero consulta por genitorragia, FUM: 22/12/11 ciclo irregular, se solicito B HCG con resultado positivo y se realiza la 1ra ecografía en el servicio de urgencias, endometrio 8mm (sin imagen sacular) Anexos. Sin masa sólida ni quística dominante. B HCG cuantitativo del 30/01/12: 802mUI/ml (corresponde a 5-6semanas de gestación), 9 de febrero consulta por dolor en bajo vientre, refiere sangrado intermitente e irregular de 3 meses de evolución, se le realiza varios estudios entre ellos una ecografía ginecológica transvaginal que informa endometrio lineal 2 mm, en anexo izquierdo imagen heterogénea de 92 x 48 mm. (Diagnóstico Ecográfico Tumor anexial o Mioma degenerado). TAC con contraste 29/02/12 en región anexial izquierda masa ovalada de 87 x 37 mm heterodensa de bordes bien definidos. 2da Ecografía, 13/03/12 endometrio 5 mm, con 2,5 mm de líquido en su interior, en anexo izquierdo imagen heterogénea de 65 x 43mm. Con el diagnóstico de tumor anexial se la prepara para una CVL. Tratamiento: Se realiza CVL el 16/04/12 con los siguientes hallazgos, ovarios normales, trompa izquierda dilatada de aproximadamente 4 cm de paredes gruesas de contenido hemático oscuro, múltiples adherencias del epiplón a peritoneo abdominal. Se realizó Adhesiolisis + salpingectomía izquierda vía laparoscópica. Diagnóstico post operatorio: Hematosalpinx izquierdo + adherencias epiploicas peritoneales. Diagnóstico anatomopatológico: Trompa uterina con severo infiltrado inflamatorio, con focos de hemorragia antigua y reciente, Salpingitis aguda y crónica, se observa vellosidades coriales del 1er trimestre con cambios involutivos fibrosis y hialinización no se observa tejido decidual viable. Sin proceso neoplásico maligno. **Discusión:** Los

datos clínicos de esta patología como dolor pélvico y la genitorragia con la adyuvancia del laboratorio B HCG positivo nos orientan positivamente al diagnóstico, lo cual deriva en la posibilidad de realizar un mejor y precoz tratamiento. Los datos ecográficos y radiográficos siempre nos orientan a un diagnóstico, pero nunca deben de ser excluyentes del mismo, nos encontramos en la practica diaria, con errores diagnósticos, cirugías innecesarias muchas veces, al dejar la clínica y los antecedentes patológicos, relegados por un diagnóstico imagenológico. Esto pone a descubierto que el diagnóstico de un embarazo ectópico, siempre constituye un desafío para el ginecólogo. El tratamiento por CVL del embarazo ectópico en sus etapas iniciales presenta muy buenos resultados en la conservación de la fertilidad (salpingostomía). La CVL, es el método ideal, para el diagnóstico de masas anexiales de etiología desconocida por ser mínimamente invasiva, presentar una recuperación rápida, estadía hospitalaria corta, posibilidad de realizar diagnósticos precisos y retorno a la fertilidad más temprana, evitando intervenciones mayores innecesarias.

PREVALENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA CÁTEDRA DE GINECOBSTERICIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS EN EL PERIODO 2011

Bataglia V; Santander V; Genes V; Franco R; Romero L; García N.

Cátedra de Gineco Obstetricia. Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: La adolescencia es una etapa en la vida del hombre y la mujer que transcurre desde que aparecen los inicios de la pubertad hasta los 19 años. En la pirámide de población de Paraguay, la última encuesta demuestra que casi la mitad de la población (42 a 47%) tiene menos de 19 años; son adolescentes o niños que serán adolescentes. En los hospitales Materno Infantil, los ingresos de adolescentes alcanzan entre 20 y 30% por factores reproductivos. **Objetivos:** Describir las características demográficas de las gestantes adolescentes. Determinar la prevalencia de gestantes adolescentes en la Cátedra de Gineco Obstetricia del Hospital de Clínicas San Lorenzo en el periodo 2011. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, se utilizaron datos del SIP y fueron cargadas y analizadas en planillas de EXCEL. La población enfocada fueron las adolescentes que acudieron a la Cátedra de Gineco Obstetricia para dar a luz. Fueron excluidas las adolescentes cuyos partos fueron domiciliarios. Las variables estudiadas fueron: edad, escolaridad, embarazo planeado, utilización de métodos anticonceptivos, cantidad de visitas prenatales, vía del parto, peso al nacer, anticoncepción Post evento. De 1.760 nacimientos en el año 2011, 17% (330) correspondieron a madres adolescentes, la edad media era de 17 años y la escolaridad de las mismas, 75% recibió educación secundaria, 19% primaria y 4% universitaria. El 91% de las mismas provenían del área central. Respecto al estado civil de las mismas 7% eran casadas, 41% solteras y el 52% eran unidas. El 54% de estas madres realizaron prenatales suficientes (5 o más) y tan solo cuatro pacientes (1%) sin control prenatal. La vía de terminación

del parto fue de 59% para partos vaginales y 33% cesárea, y 7% culminaron en abortos. La media de edad gestacional al nacer fue de 37,8 sem. El peso al nacer representó una media de 3111 g. El 94% de los recién nacidos presentó Apgar ≥ 7 . Del total de adolescentes el 9,3% ya presentaban gestas previas, el 63,3% manifestó presentar embarazos no planeados, además 72% adolescentes no utilizaban ningún método anticonceptivo y entre las que utilizaban el más frecuentemente mencionado fue el preservativo, y solo 20,6% de adolescentes aceptaron anticoncepción post evento obstétrico. **Discusión y conclusión:** El mayor porcentaje de adolescentes provenía del área central y la mayoría de ellas recibió educación secundaria, y en gran parte correspondieron a adolescentes con unión estable. La vía de terminación del embarazo en su mayoría fue el parto vaginal, no se observó frecuencia elevada de Apgar bajo al nacer. Se debería tomar en otros estudios el detalle de las comorbilidades de las adolescentes. Es necesario la planificación y concreción de políticas educativas sobre Salud Sexual y Reproductiva del Adolescente puesto que este representa un derecho.

FRECUENCIA E INDICACIONES DE CESÁREA EN LA CÁTEDRA DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS SAN LORENZO, EN LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL AÑO 2011

Bataglia V; Colman G; Fretes B; Romero L; García N; Monges D.

Cátedra de Gineco Obstetricia del Hospital de Clínicas San Lorenzo

Introducción: La cesárea es la extracción del producto de la gestación, a través de la pared abdominal. La morbi-mortalidad materna es superior a la de un parto. La tasa de cesárea es un indicador de atención perinatal. La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de tasas menores al 15%. Es mayor en 19 países latinoamericanos. Para Chile una tasa de 40%, siendo una de las más altas de la región, como en Paraguay y Ecuador. **Objetivos:** Determinar la frecuencia de indicaciones de cesárea en la Cátedra de Gineco Obstetricia Hospital de Clínicas San Lorenzo. Describir las complicaciones post quirúrgicas. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional de corte transversal, con muestreo aleatorio simple. Población con IC $\geq 95\%$ por Epi Info. Incluyendo a las que realizaron sus controles prenatales en el servicio y excluyendo las que no fueron operadas en el servicio. Las variables: edad, paridad, visitas prenatales, edad gestacional al parto, peso fetal, Apgar, Capurro, Incisión uterina, clampaje precoz, tipo de anestesia, hemoglobina pre y post quirúrgica, cefalea post punción, fiebre post quirúrgica, hipertensión. **Resultados:** Del total 577 nacimientos 49,3% culminaron en cesárea. Fueron tomadas 98 historias clínicas con un IC $\geq 99,9\%$, la edad media fue de 27 años. Las adolescentes representaron el 12,24%. La cantidad de controles prenatales 77%, realizaron más de 4, 21% menos de 4 y 2% ningún control prenatal. El 81% pacientes no presentaron patologías concomitantes. Como antecedentes obstétricos el 33% nulíparas y primigestas,

51% presentaban cesárea previa. La edad gestacional de terminación, 83% de término, 17% de pretérmino. Las indicaciones, alteración del bienestar fetal y cesárea previa, representando el 24 %, 15% pacientes operadas por desproporción céfalo pélvica, la presentación anómala y otras indicaciones presentes en 13%; en otras indicaciones se agrupan: inducción fallida, dilatación estacionaria o distocias dinámicas. Así 6% por embarazo múltiple; 3% por placenta previa. No tuvieron inducción 96% y 2% de ellas sí. Entre las variables neonatales, 96% Apgar ≥ 7 . La media de peso 3185 g. y la mediana del Capurro 38,2 sem. El 99% de las anestесias fueron raquídeas, la incisión Segmentaria Arciforme fue de 97%, la Hemoglobina pre quirúrgica presentó mediana de 11,7 mg/dl y la post quirúrgica de 9,3 mg/dl. El clampaje precoz en 5%. La cefalea post punción e hipertensión en 2%, y ningún caso de síndrome febril. **Conclusión y discusión:** Las cesáreas fueron mayormente en embarazos sanos y de término, comprometiendo el porvenir obstétrico del siguiente embarazo, aumentando el riesgo de complicaciones y otra cesárea. Las indicaciones eran relativas, la cesárea anterior, la desproporción céfalo pélvica y la presentación podálica las principales. La mayoría de las desproporciones cefalopelvicas no presentaban criterios de diagnóstico. Las complicaciones no tienen un índice elevado, siendo la más frecuente la hemorragia.

MASAANEXIAL Y GESTACIÓN. REPORTE DE CASOS

Bataglia V; Colman G; Romero L; García N; Benítez R; Herrera B.

Cátedra de Gineco Obstetricia, Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: La incidencia de masas anexiales es aproximadamente 1 de cada 600 embarazos, siendo malignas hasta en un 5% de estas. La incidencia de tumores ováricos durante el embarazo es algo menor presentándose a razón de 1 cada 1.000 embarazos. La mayoría de los tumores anexiales son asintomáticos durante el embarazo. En grandes series, la edad gestacional promedio, al momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico fue a las 12 y 20 semanas de gestación respectivamente. **Primer Caso:** MLFA, 32 años, G:02, P:02 (parto gemelar en 2do embarazo), A:00. Primera consulta prenatal con 16 semanas de gestación gemelar monocorial biamniótica sin síntomas, ecografía de primer trimestre NORMAL, ecografía morfológica a las 20 semanas, que informa exploración anatómica fetal normal para ambos fetos, masa quística multibancada que ocupa todo el abdomen de probable etiología anexial; refiere molestias en bajo vientre, llama la atención altura de 37 cm y queda internada. Los marcadores tumorales CEA, CA, alfa fetoproteína, en rango normal, RMN: imagen multicabada de probable origen ovárico que no se encuentra adherido al útero, se extiende hacia el hígado y se encuentra empujándolo y cabalgando en su región anterior. Fue acompañada con exámenes clínicos y ecografías seriadas, a las 23 semanas, dificultad respiratoria que imposibilita el decúbito; se decide laparotomía exploradora con Anexectomía derecha de tumoración

quistica multiloculada de paredes finas sin vegetaciones de 60 cm de diámetro, con ooforectomía parcial izquierda con resección de masa anexial de 25 cm de diámetro con las mismas características, toma de muestra de líquido peritoneal y biopsia de epiplón. Anatomía Patológica: ambas masas anexiales compatibles con Hiperreactio Luteinalis, no se observa proceso neoplásico maligno, citología de líquido peritoneal negativo, biopsia de peritoneo sin proceso maligno. Alta en buenas condiciones. A las 37 semanas se realiza cesárea feto 1 2600 g, feto 2 2100 g ambos con Apgar 8/8. **Segundo Caso:** REFV, 18 años, G: 00. Controles prenatales a las 8 semanas con altura uterina de 18 cm; ecografía obstétrica que informa gestación única viva de 9 semanas 5 días, e imagen quística con vegetaciones en su interior de probable etiología anexial que ocupa el hipogastrio con 13 x 9 x 12 cm. Marcadores tumorales CEA y CA 125 en rangos normales. A las 12 semanas, intenso dolor en bajo vientre, se decide laparotomía exploradora por sospecha de torsión, extrayéndose masa anexial de 15 x 20 con pedículo torcido en tres vueltas. Anatomía Patológica: Tumor Mucinoso Borderline de bajo potencial de malignidad Tipo endocervical (Seromucinoso) Líquido peritoneal negativo. Alta en buenas condiciones. A las 39 semanas nace por parto vaginal RN vivo, masculino, 3000g, Apgar 8/9. **Conclusión:** La resolución quirúrgica exitosa en ambos casos se vieron favorecidas por la presencia de placenta al momento quirúrgico. En ambos se presentaron síntomas de descompensación materna que llevaron a la decisión quirúrgica, ningún caso presento complicaciones fetales.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DEL INTERVALO INTERGENÉSICO CORTO EN MUJERES QUE ACUDIERON AL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL CENTRAL DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL ENTRE LOS PERÍODOS SETIEMBRE 2010 A SETIEMBRE DEL 2011

Fernandez K, Adorno R, Villanueva J, Pereira A. Servicio de Obstetricia. Hospital Central Instituto de Previsión Social.

Introducción: El intervalo intergenésico corto se considera a la gestación que se produce antes de 24 meses luego del término de un embarazo o antes de 6 meses de un aborto. Muchos estudios realizados en diferentes partes del mundo han demostrado que los resultados adversos de salud materna, perinatal e infantil se relacionan estrechamente con el espaciamiento muy cercano de los embarazos. El aborto es de los riesgos más frecuentes 65% como también la muerte del RN, muerte materna bajo peso al nacer, y recién nacido pre término. **Objetivos:** Determinar la relación existente entre intervalo intergenésico y complicaciones materno/fetales asociadas con ellas en el servicio de Obstetricia del Hospital Central del IPS en el periodo de 01-01-2011 a 30-07-2011. Analizar el efecto de los intervalos intergenésicos cortos sobre el resultado perinatal. Demostrar la influencia la condición social, el empleo y el nivel educativo de la madre sobre el intervalo intergenésico. **Método:** Estudio observacional retrospectivo de corte transversal. **Población:** Mujeres embarazadas, que acuden

al Servicio de Obstetricia HCI.P.S. en el periodo 01-01-11 a 30-07-11. **Resultados:** De un total de 3.736 embarazadas de servicio de Obstetricia, el 12.6% tuvieron un espacio intergenésico corto, de los cuales el 63,4% de las pacientes corresponde a un grupo etario comprendido entre los 20 – 35 años de edad, en menor proporción comprendiendo a un 21,6% se encuentran las pacientes mayores a 35 años y un 15% menores a 20 años. En relación al nivel educativo el 56.5% corresponde a madres con secundaria completa el 27.3% primaria completa y por último un 16.2% nivel universitario. En las complicaciones encontradas se constató que el aborto es la más frecuente con un 45.7%, Rotura Prematura de Membranas con 18.7%, RN pre término con un 13.8%, RCIU con 2%, y sin complicaciones un 19.8%. **Conclusión:** El intervalo intergenésico corto presentaron un total de 12.3% de las embarazadas que acudieron a nuestro servicio en el periodo en estudio. La buena planificación familiar y el espaciamiento de nacimientos permitirían disfrutar a las mujeres disfrutar de buena salud, experimentar menos embarazos y nacimientos imprevistos y por ende menos probabilidades de presentar complicaciones estudiadas en el trabajo. Además, queda demostrado que mujeres con diferentes condiciones sociales y educativas presentaron el intervalo intergenésico corto, por lo que queda como ardua tarea fomentar los principios de la Planificación Familiar.

MEDICIÓN DE CUELLO POR VÍA TRANSVAGINAL EN LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Ferreira, ME, Lovera G, Ramalho G, Servin O. Cátedra de Gineco Obstetricia, Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: El parto prematuro por debajo de las 37 semanas es un grave problema sanitario. La medición ecográfica de longitud cervical constituye uno de los marcadores predictivos asociados a parto pretérmino, y dicho parámetro ha demostrado un valor superior respecto a otros marcadores de tipo bioquímico, microbiológico y hormonal. **Objetivo:** Determinar la implicancia de la reducción de la longitud del cuello uterino por ecografía transvaginal en gestantes con Amenaza de Parto Prematuro como un valor adicional de predicción del parto. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte longitudinal. Se tomaron datos de la Historia Clínica Prenatal o CLAP de las mujeres internadas con el diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro (APP) entre las 28 y 33 semanas, en el periodo de Enero 2009 - Diciembre 2011 que se realizaron medición del cuello uterino. **Resultados:** Fueron estudiadas 112 pacientes internadas con el diagnóstico de APP. 33.6% de las pacientes tenían una longitud cervical mayor a 30 mm. Ninguna de estas pacientes tuvo sus partos antes de las 35 semanas. Por otro lado un 16.4% de las pacientes con longitud cervical entre 25 y 29 mm llegaron a término. Todas las pacientes cuyo cuello tenía una longitud menor a 24 mm tuvieron sus partos antes del término. 50% de las pacientes tenían el orificio cervical interno (OCI) entreabierto y la totalidad de ellas no llegaron a término. **Conclusión:** La prematuridad continúa siendo un problema de salud a escala mundial. Los recién nacidos

con bajo peso presentan el mayor número y variedad de complicaciones neonatales e infantiles, que incluso constituyen secuelas vitales en muchos de los casos. Se ha comprobado que es posible establecer un pronóstico del parto pre término sobre la base de las modificaciones cervicales, con especial énfasis en el acortamiento del cuello y la permeabilidad del canal cervical.

PREVALENCIA DE FETO MACROSÓMICO

Lovera G, Ramalho G, Servin O, Calabrese E, Ontano M, Airaldi L.

Cátedra de Gineco Obstetricia, Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: El concepto de macrosomía fetal se basa en aquellos fetos que al momento del nacimiento alcanzan 4000 gramos o más de peso. El parto de un feto macrosómico lo expone teóricamente a un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad, tanto infantil como materna secundaria a trauma obstétrico y asfixia intraparto. Esta potencial complicación implica que muchos de estos embarazos culminen en cesáreas, pues ocurre con una frecuencia 2:1 con relación a los partos eutócicos. **Objetivos:** 1- Determinar la prevalencia de fetos macrosómicos 2- Investigar los resultados perinatales y vía del parto. **Población:** Pacientes que tuvieron sus partos en el servicio de enero a diciembre del 2011 y sus respectivos recién nacidos cuyo peso haya superado los 4000 gramos. **Materiales y Metidos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte transversal. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio 113 pacientes, la prevalencia de Feto Macrosómico fue del 6,4% (113/1756) con peso promedio de 4211 gramos, con D.S = 213. El 57% era de sexo masculino. El APGAR mayor a 7 se vio en el 39,9% al minuto y el 60,1% a los 5 minutos. La edad gestacional se distribuyó de la siguiente manera: 0,84% de 35 semanas; 4,20% de 36 semanas; 12,18% de 37 semanas; 26,05% de 38 semanas; 36,9% de 39 semanas; 11,34% de 40 semanas; 7,98% de 41 semanas y 0,42% de 42 semanas. De los fetos macrosómicos 92,8% no presentaron patología al nacer, el 4,2% presentó algún grado de asfixia fetal. El 51,68% de los partos no presentó ninguna patología asociada; de las patologías asociadas se constató que el 2,52% de las madres tuvieron Preeclampsia severa; 26,47% Desproporción cefalopélvica; 5,46% Sufrimiento fetal agudo; 1,3% Condilomatosis genital. Diabetes gestacional se presentó en un 0,84%; dehiscencia de cicatriz anterior en el 0,42%. La edad media de las madres fue de 26 años D.S = 6, el 33% tenía entre 23 y 29 años. El 65,13% presentó controles prenatales adecuados y el 83% controles inadecuados. En cuanto a la presentación el 96,22% correspondía a cefálicas y el 2,94% a pelvianas, encontrándose 0,84% presentaciones en transversa. En cuanto a la vía de parto, el 37% fue parto vaginal y el 63% parto por cesárea. EL 40,7% fue primigesta; 37% en secundigestas y el 22,3% en multigestas. **Conclusión:** Llama la atención el alto índice de cesáreas que se presenta en casos de fetos macrosómicos debido a la alta morbimortalidad asociada a ello. Consideramos que la variable edad materna está asociado a la probabilidad que haya mayor número de embarazos, característica que ha mostrado mayor fuerza de asociación en

diversos estudios. El antecedente de tres o más embarazos es una condición materna que se asocia a macrosomía y posiblemente se debe a una mayor capacidad del útero en los embarazos sucesivos. No hubo relación con el peso del niño, la edad materna y la edad gestacional.

CORIOANGIOMA PLACENTARIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO ANATOMOCLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Molinas F; Soskin A; Vera V.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Nacional de Itaugua.

Introducción: el corioangioma es el tumor benigno más frecuente de la placenta. La incidencia varía entre 1: 9.000 y 1:50.000, siendo más alta en países con población que vive en grandes alturas (Nepal). Esta patología de estirpe vascular es más frecuente en mujeres caucásicas y está asociada a neonatos que presentan anomalías congénitas, particularmente hemangiomas. La etiología aún no está bien dilucidada, pero se piensa que la hipoxia crónica, relacionada a la vida en las grandes alturas y posiblemente estímulos hormonales, podría llevar a la angiogénesis placentaria a través de la producción aumentada de factores de crecimiento vascular (Angiopoietina 1 y 2) lo que ocasionaría una excesiva proliferación villosa capilar. Puede asociarse a complicaciones fetales como hidrops fetal y a complicaciones maternas como polihidramnios, hemorragia anteparto, parto prematuro y placenta previa. **Descripción del caso:** paciente de 28 años, gestante de 36 semanas, primípara. Primer hijo nació sano sin complicaciones. Refiere un aborto de 12 semanas. Controles prenatales suficientes. Hemograma 11,5 gr/dl. Sin otros antecedentes patológicos personales ni familiares de valor. Una ecografía prenatal a las 36 semanas de gestación determinó la existencia de una formación nodular placentaria heterogénea de aproximadamente 65 mm de etiología a determinar. Se decidió realizar parto por cesárea. El producto pesó 3 kg, sexo femenino, APGAR 8/9 sin otras complicaciones. El disco placentario fue enviado para su estudio anatomopatológico. Macroscópicamente llamaba la atención una formación tumoral de 7 cm de eje mayor, localizada en el borde placentario. En la cara materna producía una sobre-elevación y las membranas fetales se hallaban íntegras. Al corte, sobre la cara materna, el tumor presentaba un aspecto heterogéneo, pardo-rojizo a beige-parduzco, de consistencia firme-elástica con áreas hemorrágicas y luces vasculares. Al examen histopatológico, el tumor estaba constituido por múltiples vasos pequeños de tipo capilar inmersos en un estroma conectivo laxo. Los capilares se encontraban llenos de eritrocitos fetales anucleados. No se observó atipia citológica. **Discusión:** los tumores placentarios son poco frecuentes. Su identificación precoz durante el embarazo es importante para prevenir la aparición de complicaciones intra-útero y planear el tipo de parto. El estudio histopatológico es de vital importancia para descartar malignidad, ya que los tumores secundarios, provenientes de mama y otros órganos, son más frecuentes que los tumores primarios.

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL TRATADO CON METOTREXATE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Negrete A, Ferreira Cynkar F.

Hospital Materno infantil Reina Sofía, Cruz Roja Paraguaya. Asunción.

Introducción: El embarazo ectópico cervical, constituye menos del 1% de los embarazos ectópicos. Teniendo en cuenta su baja frecuencia y difícil diagnóstico, casos no diagnosticados pueden poner en peligro la vida de la paciente debido a la hemorragia profusa que presentan. El tratamiento más utilizado en estas pacientes es el quirúrgico. Se considera que en el embarazo ectópico cervical, el uso de metotrexate puede ser utilizado como tratamiento conservador. El siguiente caso corresponde a una paciente con el diagnóstico de embarazo ectópico cervical, a quien se le administró metotrexate sistémico como alternativa al tratamiento quirúrgico. El tratamiento médico consistió en la administración de 50 mg de metotrexate por vía intramuscular en días alternos, en un total de 3 dosis, así como el uso de ácido fólico por vía oral a razón de 1 comprimido de 5 mg cada 24 horas, en los días en que no se administró metotrexate. Se realizó el control del caso con estudios laboratoriales (Hemograma, Crasis, Perfil hepático, Perfil renal, PCR) y ecográficos además del control estricto de signos vitales de la paciente. Se realizó consentimiento informado de la paciente. **Objetivos:** Presentar un caso de embarazo ectópico cervical tratado en forma exitosa con la administración de metotrexate sistémico y ácido fólico en los días alternos. **Materiales y métodos:** Paciente de 22 años, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de valor, con el diagnóstico de nulípara, gestante de 5,5 semanas, embarazo ectópico cervical, internada en sala de Alto Riesgo de la Cruz Roja paraguaya, sometida a la administración de Metotrexate 1mg/kg (días 1, 4 y 7) y Acido fólico 5 mg (días 2, 3, 5 y 6), con controles laboratoriales (hemograma, Crasis, PCR, B HCG cuantitativa, Perfil hepático y Perfil renal) y ecográficos. **Resultados:** El tratamiento conservador de la paciente con embarazo ectópico cervical fue exitoso y la capacidad reproductiva de la misma fue preservada. **Conclusiones:** El metotrexate sistémico constituye una alternativa válida como tratamiento en el embarazo ectópico cervical no complicado.

PREVALENCIA DE DIABETES GESTACIONAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HCIPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO DE 2010 A ENERO DE 2011

Corrales F, Ruiz I.

Servicio de Obstetricia, Hospital Central, Instituto de Previsión Social.

Introducción: La diabetes Mellitus Gestacional es la complicación metabólica más frecuente del embarazo ya que afecta a más del 10% de las embarazadas mayores de 25 años. La prevalencia de la Diabetes Gestacional a

nivel mundial oscila entre 2-9%, la morbimortalidad perinatal en diabéticas se ha convertido en un evento menos frecuente debido a la implementación de programas educativos de detección precoz, tratamiento y vigilancia fetal.

Objetivos: Determinar la prevalencia de Diabetes Mellitus Gestacional en pacientes internadas en el servicio de Obstetricia del Hospital Central del IPS en el periodo comprendido entre el 01-01-2010 al 01-01-2011. Ver factores de riesgo asociados (edad, antecedentes familiares, personales y obstétricos). Conocer complicaciones más frecuentes (malformaciones, macrosomía, polihidramnios). Evaluar la vía final del parto. Conocer método de diagnóstico de Diabetes Gestacional, y tipos de diabetes.

Método: Estudio observacional retrospectivo de corte transversal **Población:** Pacientes con Diabetes Mellitus Gestacional internadas en el servicio de Obstetricia del HC-IPS en un periodo de 1 año. **Resultados:** De un total de 5.001 nacimientos en el servicio de Obstetricia, el 3,5% tuvieron el diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional. La vía final del parto en el 9% fue parto vaginal, y el 91% fue Cesárea. El 46% de las Pacientes con DMG corresponde a un grupo etario comprendido entre los 28-36 años de edad, en menor proporción comprendiendo a un 29% se encuentran las pacientes de entre 18-27 años. Del total de Nacimientos de Madres Diabéticas, el 10% aproximadamente corresponde a partos de pretérmino. **Conclusión:** Entre las complicaciones más frecuentes se encontraron la rotura prematura de membranas, la macrosomía y el parto prematuro. La vía de terminación del parto que con mas frecuencia se encontró fue la Cesárea. El grupo etario más frecuente encontrado con esta patología corresponde a mujeres entre 28-36 años. La patología más frecuentemente asociada con la Diabetes Gestacional fue la HTAC.

MUERTE FETAL. ESTUDIO RETROSPECTIVO CAUSAS Y PRODUCTOS

García M, Lee KY, Centurión A, Lovera G, Aparicio C.

Cátedra de Gineco Obstetricia, Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: Se define muerte fetal intrauterina como “la muerte acaecida antes de la expulsión o extracción completa de la madre, del producto de la concepción, cualquiera haya sido la duración de la gestación”. Aunque algunos autores la definen como “el cese de la vida fetal a partir de las 20 semanas de gestación y con un peso mayor a 500 gramos”. Este problema alcanza frecuencias comprendidas entre el 7 a 10 por 1.000 nacidos vivos en la mayoría de los países americanos. En cuanto a la etiología es muy diversa, y ellas pueden deberse a alteraciones fetales, maternas, placentarias, ambientales o ser de origen idiopática. Los factores de riesgo básicamente se basan en tres grandes categorías: a) Macroambiente: señala la situación económica y cultural de la embarazada; b) Macroambiente: engloba todas las otras características de la madre, no incluidas en el macro ambiente; y c) Microambiente: factores asociados al feto, placenta, cordón y líquido amniótico.

co. **Objetivos:** 1- Determinar las características maternas en los casos de muerte fetal; 2- Indagar las patologías maternas y fetales asociadas 3- Investigar el peso de los fetos muertos en el momento del parto. 4- Investigar el tipo de control efectuado por la gestante. **Metodología:** Diseño descriptivo. Población estudiada: pacientes que tuvieron sus partos en el Servicio y Cátedra de Gineco Obstetricia del Hospital de Clínicas (San Lorenzo) de enero a diciembre del 2010. **Resultados:** se encontró 29 casos de muertes fetales en el lapso de estudio. La mediana de edad fue 29 años (Rango: 16 a 41). La edad gestacional tuvo una mediana 33 semanas (Rango: 22 a 41semanas). El control prenatal fue insuficiente en 71% de los casos. En cuanto a la paridad se encontró que un 43% eran nulíparas; un 18% primíparas; 14% nulíparas cesareadas; 11% tercíparas; 7% secundíparas y 7%, 4% nulíparas doble cesareadas y 4% secundíparas doble cesareadas. En cuanto a patologías asociadas se encontró un 7% de corioamnionitis; 3,6% de amenaza de parto pre término; 3,6% de desprendimiento placentario; 4% de eclampsia; 4% de infección urinaria; 4% de oligoamnios; 11% de pre eclampsia severa; 18% de rotura prematura de membranas y un 50% sin asociación a patología conocida. Se constataron 4% de gastroquisis, 4% de bradicardia fetal severa y 4% de restricción del crecimiento intrauterino. La presentación fue en un 79% cefálica; 59% eran fetos femeninos. Un 50% fueron partos vaginales. La mediana de peso del producto fue: 1650 gramos (Rango: 550 a 3600 gramos). **Conclusión:** la mayoría de los casos de gestaciones con fetos muertos ocurren en mujeres jóvenes nulíparas, en edad óptima para embarazos, con control prenatal insuficiente. En la mitad de los casos existe una patología materna asociada en la cual destacó la rotura prematura de membranas. La terminación del embarazo se realizó en la mitad de los casos por vía alta siendo la mediana del peso fetal al nacimiento de 1650 gramos.

POLIHIDRAMNIOS Y RESULTADOS PERINATALES EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN PABLO

Torrasca M, Ibañez A, Castro C, Aparicio C, Peralta G, Schaffer A

Hospital Materno Infantil San Pablo - Asunción

Introducción: Polihidramnios es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca. La alteración puede ocurrir cuando el feto no puede tragar la cantidad normal o suficiente de líquido amniótico o debido a diversos problemas gastrointestinales, cerebrales o del sistema nervioso (neurológicos) o de otro tipo de causas relacionadas con el aumento en la producción de líquido como cierto trastorno pulmonar del feto. La causa subyacente del exceso de volumen de líquido amniótico es evidente en algunas condiciones clínicas y no es completamente entendida en otros. Las causas que con más frecuencia se asocian con el polihidramnios in-

cluyen las siguientes: Embarazo múltiple con síndrome de transfusión doble-doble de los gemelos, es decir, un aumento de líquido amniótico en el gemelo receptor y una disminución de líquido amniótico en el gemelo donante. Anomalías fetales abdominales, incluyendo atresia esofágica, generalmente asociada con una fistula traqueoesofágica, agenesia traqueal, atresia duodenal, atresias intestinales y otras como el déficit de la hormona anti diurética, trastornos del sistema nervioso central y enfermedades neuromusculares que causan disfunción fetal para tragar. Trastornos del ritmo cardíaco congénito, anomalías asociadas con hidropesía fetal, hemorragia fetal materna y la infección por parvovirus, un mal control de la diabetes mellitus materna (si está presente la enfermedad vascular grave también puede aparecer un oligohidramnios), Anomalías cromosómicas, en la mayoría de la trisomía 21, seguida de la trisomía 18 y la trisomía 13, Acinesia fetal con incapacidad para la deglución. La inspección visual puede poner de manifiesto una rápida ampliación del útero en la mujer embarazada, es decir, un aumento del tamaño del abdomen que no correlaciona con la edad gestacional. Las gestaciones múltiples están también asociadas con polihidramnios. En la ecografía se pueden visualizar anomalías fetales asociadas con macrostomía neonatal, que incluyen al polihidramnios, hidropesía fetal neonatal con anasarca, ascitis, derrames pleurales o pericárdicos, y la obstrucción del tracto gastrointestinal, por ejemplo, la atresia esofágica o duodenal, fistula traqueoesofágica, etc. **Objetivos:** determinar la prevalencia de polihidramnios en el servicio y asociarlos a los resultados perinatales adversos más frecuentes en este tipo de patología. **Metodología:** diseño prospectivo, observacional de corte transversal. Población de estudio: pacientes gestantes que consultaron en el departamento de Medicina Perinatal con diagnóstico de Polihidramnios y tuvieron posteriormente sus partos en el servicio en el lapso comprendido entre diciembre de 2009 y mayo del 2010. **Resultados:** se encontraron 16 (0,8%) casos de polihidramnios diagnosticados en el servicio, uno de ellos con gestación gemelar. El rango de edad fue de 15 a 38 años con una media de 26,5. La edad gestacional tuvo un rango de 22 a 40 semanas al momento del diagnóstico con una media de 31 semanas. En cuanto a la paridad: ninguna fue nulípara. El 62,5 fueron primíparas y secundíparas, y tercíparas y múltiparas en 38,5%. El 62,5% tuvieron parto por cesárea. En cuanto a los recién nacidos (17 casos), el 18% tuvieron un peso menor a 2.500 gramos entre ellos se cuenta el caso del gemelar de 22 semanas con 430 y 450 gramos. En cuanto a la edad por Capurro fueron de término el 59% de los casos. En cuanto a la presencia de cromosomopatías y malformaciones solo fue constatado un caso de anencefalia. Los recién nacidos no fueron sometidos a estudio genético. **Conclusión:** la prevalencia de polihidramnios no llega al 1%, el diagnóstico se produce muy cercanamente al término de la gestación. La mayoría son pacientes con gestaciones anteriores. La mayoría llega a un peso normal y sobrevive. Aunque más del 90% de los casos no tiene un diagnóstico genético que concluya el caso.

RESULTADOS PERINATALES EN PACIENTES CON VIH

Romano A, Aparicio C, Lee K, Fretes de Brom B, Acuña V. Hospital Materno Infantil San Pablo. Programa de Lucha Nacional contra el SIDA.

Introducción: Más de 33 millones de personas viven actualmente con el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH/SIDA y casi la mitad de ellas son mujeres en edad reproductiva. Más de 2,6 millones de niños son portadores de VIH transmitido por sus madres. La transmisión de madre a hijo puede ocurrir in-útero, intraparto o postnatal a través de la leche materna. Conocer el momento exacto de transmisión es crucial para decidir la potencial estrategia de prevención. En lactantes no alimentados al pecho aproximadamente un tercio de la transmisión ocurre durante la gestación y los 2/3 restantes en el parto. De acuerdo a los estudios de Kourtis se estima que 4% de la transmisión ocurre en el primer trimestre, 16% durante las semanas 14-36, 50% ocurre al final del embarazo y trabajo de parto temprano y 30% ocurre durante el trabajo de parto tardío y el parto. **Objetivos:** 1- Determinar los resultados perinatales en pacientes gestantes portadoras de HIV. 2- Determinar el tipo de control prenatal entre las pacientes gestantes portadoras de HIV. **Metodología:** se utilizó un diseño retrospectivo, observacional, con componente analítico. Población estudiada: pacientes gestantes portadoras de HIV que tuvieron sus partos en el HSP desde enero 2010 a diciembre 2010. Fueron incluidas la totalidad de las pacientes con fichas completas. **Resultados:** se incluyeron 58 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. El 43% eran nulíparas; un 15% nulíparas cesareadas anteriores, 12% primíparas; 12% primíparas cesareadas; 1% secundíparas; 1% secundíparas cesareadas; 8% tercióparas y 8% multíparas. En cuanto al tipo de control prenatal: en el 1% fue nulo; en un 44% fue insuficiente y un 55% lo hizo en forma suficiente. En cuanto al peso del Recién Nacido (RN) en un 92% este fue adecuado para la Edad Gestacional (EG), en un 7% fueron Pequeños para la EG y en un 1% fueron grandes para la EG. SE hizo el seguimiento de un 75% los RN, de los cuales el 100% recibieron tratamiento antirretroviral hasta el momento del término de este estudio. **Conclusión:** La mayoría de las pacientes gestantes seropositivas acudieron precozmente al Programa Nacional de Lucha Contra el SIDA iniciando su tratamiento antirretroviral y al ser diagnosticado el embarazo fueron orientadas precozmente para el prenatal y las conductas a tomar en una gestante portadora de VIH al momento del parto. La concientización de las pacientes seropositivas parece estar dando sus frutos luego de un arduo trabajo por parte del Departamento de Salud Pública con sus programas de extensión universitaria y charlas educativas en conjunto con el Departamento de Educación. En lo que concierne a la parte del tratamiento antirretroviral al nacer, algunas fichas no contaban con la sección de seguimiento correspondiente a Neonatología, solo se constataron las altas de aquellos que ya habían concluido su control teniendo en cuenta que el tratamiento antirretroviral para los RN es de un año como mínimo.

ASOCIACIÓN ENTRE TALLA MATERNA BAJA Y EL APGAR DEL RECIÉN NACIDO POR VÍA VAGINAL

Aparicio C, Lee K, Benítez R, Ramírez M, Ayala Valdez L. Cátedra de Gineco Obstetricia, Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: Uno de los principales objetivos del cuidado obstétrico moderno es la detección e identificación de los factores de riesgo prenatales, natales y posnatales para no poner en peligro la supervivencia del nuevo ser, permitiéndole un crecimiento y desarrollo satisfactorio para que en su futuro pueda ser un sujeto de provecho para él y la sociedad. El índice de Apgar, ideado en 1952 por la doctora Virginia Apgar, es un método rápido de valoración del estado del recién nacido, y actualmente continúa siendo una herramienta útil para registrar el estado del neonato e identificar a aquellos neonatos que requerirán reanimación. Los recién nacidos de las madres de talla baja. **Objetivos:** 1. Establecer la relación entre talla materna baja y Apgar bajo en el recién nacido por vía vaginal. 2. Determinar la prevalencia de parto normal en mujeres de talla baja 3. Buscar la relación de peso del RN con la vía de parto en mujeres de talla baja. **Material y métodos:** Diseño: Observacional, retrospectivo de corte transversal. Población: Pacientes gestantes que tienen sus partos en la Cátedra de Gineco Obstetricia de la FCM/UNA y sus neonatos respectivos de enero del 2008 a diciembre del 2011. Para cumplir los objetivos del estudio, la población fue distribuida en dos grupos: Grupo I: conformado por neonatos con Apgar bajo (menor o igual a 6). Grupo II: conformado por neonatos sin Apgar bajo (mayor o igual a 7). Ambos grupos fueron analizados respecto a las variables independientes **Resultados:** Fueron estudiados 107 casos de pacientes de talla baja que tuvieron sus partos en el servicio en el periodo de tiempo determinado. La edad media fue $24,5 \pm 6,2$ años (rango 14-39 años). La procedencia: en su mayoría fueron del Gran Asunción: 80,4%, Asunción 10,3% y Rural 9,3%. Un 51% culminó los estudios secundarios, un 43% la educación primaria y una 6% la universitaria. 60% se encontraban en unión estable, 26% eran solteras y 14% casadas. La talla tuvo una media de 1,44 metro (Rango: 1,09 a 1,45). El test de Apgar al minuto fue normal (7 o mas) en un 97%. La vía de parto fue la cesárea en un 79%. Las indicaciones de cesárea fueron: Desproporción cefalo pélvica: 45%; alteración del bienestar fetal en un 18%; descenso detenido de la presentación en un 9%; presentación pelviana en un 8%; cesareada anterior 7% doble cesareada en 5%, pretermino 2%; restricción del crecimiento en un 2%; situación transversa: 2% y enfermedad materna asociada en 1%. La mayoría de los controles fueron suficientes 46%, Insuficientes en 19% y 35% nulos. Relacionando la talla materna con el Test de Apgar, se constató que existe una débil correlación positiva entre ambas ($r+ 0,18$) sin significancia estadística. **Conclusiones:** el Test de Apgar resulta normal en la mayoría de los casos de pacientes con talla baja. Las pacientes de talla baja miden en promedio 1,44 metro, proceden en su mayoría del Gran Asunción, son en su mayoría nulíparas, con educación secundaria y

en unión estable. La mayoría tienen sus partos por cesárea y la indicación más frecuente de la misma es la desproporción céfalo pélvica en casi la mitad de los casos, seguido de la alteración del bienestar fetal, el descenso detenido de la presentación y presentaciones distócicas. Las mujeres de talla baja constituyen una población de riesgo obstétrico en nuestro servicio.

FACTORES DE RIESGO PERINATAL ASOCIADOS A LA RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

Aparicio C, Lee A García M, Centurión A, Zaracho S, Aya-la Valdez L.

Cátedra de Gineco Obstetricia, Hospital de Clínicas San Lorenzo.

Introducción: La Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) es una patología caracterizada por una limitación del potencial del crecimiento fetal, de causa heterogénea y con manifestación variable. La definición más aceptada es un crecimiento fetal por debajo del percentil 10 para la edad gestacional una patología crónica, donde la causa más importante es la insuficiencia placentaria causante en última instancia de hipoxemia y acidosis fetal. **Objetivos:** 1- Determinar la prevalencia de la Restricción del Crecimiento Intrauterino. 2- Investigar los resultados perinatales adversos más frecuentes. 3- Buscar los factores de riesgo maternos más frecuentemente asociados a la patología.

Metodología: Diseño: retrospectivo, observacional de corte transversal. Población estudiada: pacientes con diagnóstico de RCIU que acuden al Centro Materno Infantil de la Cátedra de Gineco-obstetricia de la FCM-UNA de enero del 2006 a diciembre del 2007 y sus recién nacidos (RN).

Resultados: fueron estudiadas 278 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión En cuanto al grupo etario fue en un 74% entre 20 a 35 años; un 18% a menores de 20 años y un 8% a mayores de 35 años. En cuanto a la paridad se encontró un 58% de primigestas, un 19% de secundigestas, 11 de tercigestas y 12% eran multigestas. En cuanto al tipo de control prenatal un 50% lo hicieron en forma suficiente, 44% en forma insuficiente y en un 6% fueron nulos. En un 86% procedían de zonas urbanas. Un 22% tenían estudios primarios, 73% secundarios y 5% universitarios. Un 50% se encontraba en unión libre, un 25% eran solteras y un 25% casadas. Los casos se asociaron en un 30% a patologías maternas. En cuanto a las patologías maternas asociadas estas fueron: en un 40% Hipertensión arterial, un 33% eran Roturas prematuras de membranas; 10% se socio a infección urinaria; 7% a corioamnionitis, 6% cardiopatías, 2% de epilepsia, 2% de placenta previa y 2% de síndrome nefrítico. Un 49% de tuvieron sus partos por cesárea. Las causas principales de cesárea: en un 51% se debían a alteración del bienestar fetal (ABF), 17% a presentaciones anómalas, 5% a cirugías previas. En un 58% el peso del RN fue mayor a 2500 gramos, en un 38% estaba entre 2500 y 1500 y en un 4% pesaban menos de 1500 gramos. El Apgar a los 5 minutos fue normal (mayor a 7) en un 99%. Un 38% de los RN tuvieron complicaciones (entre ellas distress respiratorio 34%, hiperbilirrubinemia 22%, hipoxia severa 14%, malformaciones 7% óbito 2%).

Conclusión: Los factores de riesgo asociados con RCIU se presentaron en pacientes adultas jóvenes, primigestas, con control prenatal suficiente. La mayoría de los casos no se asocio con patología materna y en los casos de asociación la hipertensión y la Rotura prematura de membranas fueron prevalentes. Los recién nacidos tuvieron mayoritariamente más de 2500 gramos. Prevalció el parto por vía vaginal y las causas más frecuentes de cesárea fue la ABF.

PREVALENCIA DE INFECCIÓN URINARIA EN PACIENTES INTERNADAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HCIPS EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DE 2011

Fernández K; Borja S; Vázquez M.

Servicio de Obstetricia. Hospital Central - IPS.

Introducción: La infección urinaria se encuentra entre las infecciones más comunes padecidas por la mujer embarazada, cuyo espectro abarca desde bacteriuria asintomática, la uretritis, y cistitis, hasta la pielonefritis que involucra la pelvis y cálices renales y el parénquima renal. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de infección urinaria en el servicio. Identificar el patógeno más frecuente. Conocer las complicaciones de infección urinaria durante el embarazo (pielonefritis, APP, RPM, parto prematuro). Conocer el antibiótico más utilizado del servicio. Determinar cómo incide el control pre-natal para la prevención del IVU y sus complicaciones. **Método:** Estudio observacional retrospectivo de corte transversal. **Resultados:** De un total de 359 embarazadas internadas en el servicio de Obstetricia, el 14% tuvieron el diagnóstico de infección urinaria. El grupo etario con mayor porcentaje de IVU se encuentra entre los 31-40 años. La edad gestacional donde fue diagnosticado con mayor frecuencia fue entre los 31y 36 semanas. **Conclusión:** La prevalencia de IVU en nuestro servicio fue del 14%. El germen más frecuente según resultado de urocultivo fue el E. Coli en un 85%. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentra la Amenaza de parto prematuro, pielonefritis y la rotura prematura de membranas. El tratamiento más utilizado para la infección urinaria baja fue la cefalexina y para la alta cefotaxima con excelentes resultados. Del total de pacientes estudiadas con IVU se evidencia un control pre-natal insuficiente o nulo sin ningún estudio de orina simple hasta la internación por complicaciones.

RESULTADOS PERINATALES EN GESTANTES ADOLESCENTES

Ibáñez A, Aparicio C, García N, Balbuena C
Hospital Materno Infantil San Pablo

Introducción: La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes. Para la disminución de la mortalidad materna en la

adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de partos vaginales y cesáreas en pacientes adolescentes. Investigar el tipo de control prenatal realizado por las adolescentes de nuestro servicio. Indagar los resultados perinatales en las gestantes adolescentes. Investigar las indicaciones más frecuentes de vía alta en las gestantes adolescentes. Determinar las patologías más frecuentes asociadas al embarazo en la adolescente. Determinar la prevalencia de internaciones en unidades de cuidados intensivos neonatales de los productos de gestaciones en adolescentes. **Metodología:** Diseño observacional de corte transversal temporalmente retrospectivo. **Resultados:** Fueron revisadas 262 fichas de pacientes adolescentes que tuvieron sus partos en el servicio en el periodo comprendido entre enero y diciembre del 2010 constituyendo una prevalencia del 6% de embarazos en adolescentes. El 93% provenían del departamento central; el 49% no tenía control prenatal; un 42% tuvieron sus partos por cesárea. Los recién nacidos (RN) tuvieron un peso de más de 2500 gramos en un 13%; la mayoría de los casos de cesárea fueron por desproporción cefalopelvica; alteración del bienestar fetal 23%; preeclampsia 15%; presentaciones distócicas 8,1%; 2% de seropositividad para HIV. El Test de Apgar fue normal al minuto en un 99%. Un 9% de los RN fueron internados en su mayoría (75% en cuidados intensivos). **Conclusiones:** La prevalencia de embarazos en adolescentes es importante en nuestro servicio, coincidiendo con las estadísticas internacionales. En su mayoría los controles son nulos y las que lo realizan lo hacen en forma suficiente. La mayoría tienen sus partos por vía vaginal y los resultados neonatales como la evaluación por el Test de Apgar son en su mayoría normales teniendo en cuenta el puntaje a los 5 minutos. Entre las causas de cesárea prevalecen la desproporción cefalopelvica y la pre-eclampsia. Durante el tiempo del estudio no se constató mortalidad perinatal.

MOLA INCOMPLETA CON FETO VIVO, CARIOTIPO NORMAL, DE TÉRMINO Y PARTO VAGINAL

*Lovera G, Ruoti Cosp M, Colman G, Fretes B, Ramalho G, Servin O, Calabrese E, Ontano M, Airdi L.
Cátedra de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Ciencias Médicas. UNA.*

Primípara de 20 años de edad, gestante de 16,5 semanas por FUM, acude a nuestro servicio por pérdidas rojas por vagina. Presenta ecografía que informa: gestación única, viva de 15 semanas. Al examen físico presentaba: AU 16; LCF +; MF +. Especuloscopia: Cérvix posterior. OCE transversal, se constata sangre sin coágulos en escasa cantidad. GE: Condilomatosis en labio mayor y horquilla vulvar. En nuestro servicio se realiza ecografía (23/12/2011) informando: gestación única viva estimada en 19 semanas por ecobiometría, de apariencia morfológica normal en el momento del estudio. Imagen compatible con mola en cuerpo y fondo de 141 x 60 mm. Dx: Mola incompleta. B HCG cuantitativo: 269.739 mUI/ml. Se realiza amniocentesis genética cuyo resultado informa: 46 XY. Se realiza controles ecográficos seriados para evaluar vitalidad y crecimiento fetal. A las 36,3 semanas acude a la urgencia por molestias en bajo vientre. Al examen Físico: AU 31; LCF+; MF+; DU 3/10. Presentación cefálica. Al examen Físico: GE: lesión tipo pápula de 1 cm de diámetro en tercio inferior de labio mayor derecho, compatible con Condilomatosis. TV: 5 cm de dilatación, 80% borrado. Bolsa íntegra. Trabajo de parto espontáneo conducido con 5 UI de oxitocina. Se da nacimiento a un RN vivo de sexo Femenino; 2200 gramos; 7/9 de Apgar. 35.3 semanas por Capurro. Recién nacido pre-término, adecuado para la edad gestacional. Alumbramiento dirigido extrayéndose la placenta con vesículas que se envía a anatomía patológica cuyo resultado finalmente informó: Placenta (450 gramos): Enfermedad trofoblástica gestacional: MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL. Resto de tejido placentario con vellosidades coriales con morfología del tercer trimestre, bien ramificadas y vascularizada con nodos sincitiales. Se nota áreas de calcificación distrófica. Cordón con tres luces vasculares. Membrana amnionial sin alteraciones histológicas.

RESÚMENES TEMAS LIBRES

ORAL GINECOLOGÍA

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PROCEDER DE VARONES UNIVERSITARIOS ACERCA DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Arrúa Armoa A M^I; Bogado Mercado J E^{II}; Sauchuk Dejnega M E^{III}

Departamento de Medicina Familiar. Universidad Nacional de Itapúa

Introducción: La salud reproductiva es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad. La planificación familiar es un componente fundamental de la salud reproductiva y toda vez que ambos miembros de la pareja participen en la toma de decisiones, existe una mayor probabilidad de que estas se lleven a la práctica. No existen datos en el sur del país que hablen de los conocimientos, actitudes y proceder de los varones universitarios en cuanto a la conducta sexual y la planificación familiar; siendo el objetivo del trabajo el de describir conocimientos, actitudes y proceder de varones universitarios a cerca de la actividad sexual y planificación familiar, a través de un diseño prospectivo transversal descriptivo logrado con la aplicación de encuestas estructuradas a varones estudiantes de la Universidad Nacional de Itapúa. **Objetivos:** determinar los conocimientos y actitudes de los varones en cuanto a su actividad sexual y salud reproductiva. **Metodología:** estudio retrospectivo observacional de corte transversal. La población estudiada: varones de 18 a 27 años que estudian en la Universidad Nacional de Itapúa en las diferentes carreras de la misma. **Resultados:** El número total de encuestados fue de 377, cuya edad promedio fue de 21 (\pm 3) años, el 83% era soltero; el 7% tenía hijos (en promedio de 1,3 años) de los padres el 30% indicó que el embarazo se produjo por una falla de método anticonceptivo. En cuanto a la planificación familiar solo el 51,7% indicó saber de qué se trata; el 16 % señaló al preservativo como método más eficaz, mientras que el 62,3 % no supo responder. El 70,2% no conocía métodos anticonceptivos exclusivos del hombre, sin embargo el 73% conocía la píldora del día después y el 23% la utilizó con su pareja en alguna ocasión. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue 15 (\pm 2) años en la que el 53,8 % usó un método anticonceptivo (48 % preservativo). La primera relación sexual fue con la novia en 41 %, amiga 32,4 %, no respondió 22%, prostituta 3 %, empleada doméstica 1%. El 67% indicó tener pareja sexual al momento de la encuesta, sumando hasta la fecha un número de 6 (\pm 2). El 2% refirió haber tenido al menos una relación homosexual; y el 43% indicó haber sido infiel sexualmente en alguna oportunidad. El método anticonceptivo de preferencia fue el preservativo 72%. **Conclusión:** Nuestra población desconoce

el concepto de planificación familiar, Entre los métodos anticonceptivos solamente fue mencionado el preservativo; pero llama la atención que a pesar del desconocimiento un alto número utilizó la píldora del día después. La edad de inicio sexual coincide con lo referido por autores latinoamericanos (Chile, Uruguay). El método anticonceptivo utilizado en la primera relación sexual y el elegido posteriormente, es sin duda el preservativo (coincidiendo con lo referido por la bibliografía).

PREVALENCIA DE LESIONES PRENEOPLÁSICAS DE CUELLO UTERINO EN PACIENTES VIH POSITIVAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE PARAGUAY

Saldivar C.; Ruiz Valdez O.; Echeverría M.
Clínica de Tumores María y Josefa Barbero-Asunción

Introducción: El impacto del VIH en el campo de la ginecología ha empezado a ser considerado en sus verdaderas dimensiones. El cáncer de cérvix y sus lesiones precursoras, conocidas como lesiones escamosas intraepiteliales de cérvix (SIL) son las manifestaciones ginecológicas más importantes en las mujeres infectadas por el VIH. **Objetivos:** Determinar Prevalencia de Lesiones preneoplásicas de cuello uterino en una muestra de pacientes VIH positivas en un centro de referencia de Paraguay. Determinar el Tratamiento realizado a pacientes VIH positivas con lesiones preneoplásicas. Determinar factores asociados a pacientes con lesiones preneoplásicas en pacientes VIH positivas. **Materiales y métodos:** Es un estudio retrospectivo, de corte transversal, observacional. Se incluyó un total de 7621 fichas de pacientes que se realizaron estudio de cuello uterino, durante un periodo de tiempo comprendido entre los años 2008 al 2010. de la Clínica de Tumores María y Josefa Barbero de Asunción. Las variables fueron, la seropositividad de estas pacientes para VIH, el estudio del cuello y tratamiento de acuerdo a resultados histológicos. **Resultados:** De un total de 7627 fichas de pacientes, un total de 22 pacientes se manejaron como pacientes HIV positivas. Los resultados hallados en la muestra de citología de población cuyo VIH es positivo encontramos NORMAL 27,3%, ASCUS 9 %, LSIL 27,3%, HSIL 36,4 % Un porcentaje del 73% de las pacientes HIV positivas presentaron EBAA en el estudio colposcópico. Pacientes VIH positivas, que presentaron colposcopia alterada se le realizó Biopsia de cérvix y LEC, como en todas estas se informó SIL, con una alta prevalencia de HSIL 56,2 % comparado con LSIL 43,8%. En cuanto a factores socioeconómicos asociados en pacientes VIH positivas, 81,2 % culminaron estudios primarios y el 8,8 % estudios secundarios. Presentan pareja estable 37,5 % y solteras en un 62,5 %. Sin trabajo se en-

cuentran el 62,5%.. Tuvieron más de una pareja sexual 94 %. A las pacientes VIH positivas con SIL se realizó a todas como tratamiento LEEP o cono/LEEP sin complicaciones en el procedimiento y presentando persistencia de lesión en el seguimiento en un 12,5%. **Conclusión:** En conclusión, la prevalencia de SIL en mujeres infectadas con VIH fue alta, con un importante porcentaje de HSIL en nuestro estudio.

VALORACION DE LA EVALUACION COLPOSCOPICA EN PACIENTES CON ALTERACIONES VASCULARES EN FUNCION DE LA EDAD

Gutiérrez Báez FA

Hospital MI Reina Sofía Cruz Roja Paraguay

Introducción: Las alteraciones vasculares del cuello uterino, comprenden: el puntillado, mosaico y los vasos atípicos. Estas pueden ser la traducción colposcópica de cambios histológicos a nivel del estroma cervical, son las Lesiones Intra Epiteliales del tracto genital inferior, que pueden evolucionar hacia una neoplasia invasora. Existen evidencias colposcópicas que pueden pronosticar cambios histopatológicos anormales subyacentes en el estroma del cerviz uterino. La transición de los epitelios, es decir la zona de unión de los epitelios nativos, escamoso y cilíndricos, da origen a otro epitelio metaplasico. El proceso es inducido por lo tanto por mecanismos múltiples relacionados con numerosos hechos fisiológicos en la vida de la mujer, siendo uno de los más importantes la edad. Es por esta razón que los cambios colposcópicos en pacientes jóvenes, es decir menores de 25 años, se deban a cambios fisiológicos relacionados con la edad y los cambios endocrinos, factores estos que declinan en la perimenopausia, en pacientes mayores de 40 años. **Objetivo:** Determinar el riesgo de padecer Lesiones Precursoras del cuello uterino, en función de la edad. **Material y métodos:** Estudio no probabilístico por selección consecutiva. Diseño: Tipo Cohortes. Población Diana: Cohorte1: Mujeres mayores de 40 años con diagnóstico colposcópico de alteraciones vasculares. Cohorte 2: Mujeres menores de 25 años con diagnóstico colposcópico de alteraciones vasculares, en el consultorio de Patología Cervical, del Hospital Materno Infantil “Reina Sofía” de la Cruz Roja Paraguaya, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2.005 y el 31 de diciembre del 2.010. Hipótesis Nula. HO: No existe diferencia entre la edad y la proporción de lesiones histológicas malignas en pacientes con diagnóstico colposcópico de lesiones vasculares. Hipótesis Alternativa1: La proporción de mujeres mayores de 40 años con diagnóstico de lesiones malignas es significativamente mayor que las mujeres menores de 25 años. Hipótesis Alternativa 2: La proporción de mujeres menores de 25 años con diagnóstico histológico de lesiones malignas es significativamente mayor que las mujeres mayores de 40 años. Plan de Análisis. Se consideró significativo toda p menor a 0,05. **Resultados:** Fueron encontradas 54% de pac. Mayores de 40 años con Lesiones malignas, contra un32% en menores de 25 años. Se encontró 68% de pac menores de 25 años con lesiones benignas contra un 46% en mayores de 40 años. De las pac con 40 años se encontraron 20(30%) con H SIL y

7(11%) con ca inv. De las pac menores de 25 años 7(8%) con H SIL y 1 (1,1%) con Ca inv. **Conclusión:** Mayor cantidad de pacientes mayores de 40 años (54%) con lesiones malignad. Mayor cantidad de pacientes menores de 25 años 68% con lesiones benignas. Mayor cantidad de pacientes mayores de 40 años con H SIL y Ca inv (41%) que en menores de 25 años 9 %.La edad es un factor importante en la valoración del diagnostico colposcopico (alteraciones vasculares) y por lo tanto en el pronóstico de la enfermedad. El valor estadístico de la comparación por chi2: es de RR: 1,65 para un valor de p a dos colas de 0.0081, es decir estadísticamente muy significativo.

PREVALENCIA DE LA NEOPLASIA INTRACERVICAL EN LA CRUZ ROJA PARAGUAYA

Gutiérrez F, Smith S.

Hospital MI “Reina Sofía” CRP. Asunción.

Introducción: La frecuencia de una enfermedad es muy importante para la evaluación clínica, así como para los análisis epidemiológicos. La frecuencia de aparición de la enfermedad es muy importante al planificar o analizar el estudio. Una forma de estudiar la aparición de la enfermedad es el estudio de la prevalencia, que es el número de sujetos que tiene una enfermedad durante un periodo determinado de tiempo. En nuestro país la tasa de prevalencia del cáncer de cérvix es de 47 x 100.000 mujeres, tasa que nos ubica entre los seis países con mayor prevalencia reportada de esta patología en el mundo. Es por esto que el presente trabajo de investigación se aboca en determinar la prevalencia del CIN (cervical intraepithelial neoplasia, correlativo a neoplasia intraepitelial) en el servicio de patología cervical del Hospital Materno Infantil “Reina Sofía” de la Cruz Roja Paraguaya. **Objetivo:** Conocer cuál es la Prevalencia de la Neoplasia Intracervical (CIN). Identificar las alteraciones citológicas, y su correlación histológica en los resultados de los estudios de cuello uterino, en el Departamento de Patología Cervical, del Hospital Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya. **Material y Método:** En el Hospital Materno Infantil “Reina Sofía”, de la Cruz Roja Paraguaya, se realizo en el periodo de tiempo comprendido entre el 01 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2010, un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, para determinar la prevalencia de la Neoplasia Intracervical en el Departamento de Patología Cervical del Hospital de la Cruz Roja Paraguaya. **Resultados:** - Fueron realizados desde enero del 2005 a diciembre del 2010, un total de 18.547 Estudios de cuello uterino en el Departamento de Patología Cervical del Hospital Materno Infantil de la Cruz Roja Paraguaya. - Las Confirmaciones histológicas fueron encontradas en la siguiente proporción: Se encontraron en total 274 casos de histologías positivas, de las cuales: 166 casos (60,58%) fueron para CIN1- SII de bajo grado; 89 casos (32,48%) para CIN 2-3 – SIL de Alto grado; y 19 casos (6,93%) para Cáncer Invasor.- Se encontraron un total de 247 diagnósticos de citología positiva, de los cuales 177 tuvieron confirmación histológica. - Del total de extendidos citológicos se encontraron 36 casos de Ascus, 71 casos de CIN1 – SIL de bajo grado, 52 casos de CIN 2-3 – SIL de Alto grado y 18 casos de Sospecha de Ca.

La Prevalencia encontrada para la Neoplasia intraepitelial fue: P=1,48%. La Prevalencia para la Lesión de bajo grado (CIN1) fue P=0,89%. La Prevalencia para la Lesión de Alto grado fue: P=0,48%. Conclusiones: La prevalencia de las Lesiones corresponden a lo reportado en otros servicios y en la literatura mundial cercano al 1,5%. La detección se llevo a cabo gracias a la colposcopia que observo la lesión para su confirmación histológica a través de la biopsia. Del total de histologías confirmatorias n=274, 97 casos (35,4%) fue con citología negativa, es decir consideradas normales.

VALORACION DE LAS ALTERACIONES VASCULARES COMO PREDICTOR DE PATOLOGIAS PRENEOPLASICAS DEL CUELLO UTERINO

Gutiérrez B, Vera F.

Hospital MI "Reina Sofía" CRP

Introducción: Las alteraciones vasculares del cuello uterino, comprenden: el puntillado, mosaico y los vasos atípicos. Estas pueden ser la traducción colposcópica de cambios histológicos a nivel del estroma cervical, son las Lesiones Intra Epiteliales del tracto genital inferior, que pueden evolucionar hacia una neoplasia invasora. Existen evidencias colposcópicas que pueden pronosticar cambios histopatológicos anormales subyacentes en el estroma del cerviz uterino. Así el puntillado y el mosaico representan una remodelación de la red vascular preexistente en el epitelio columnar. produciendo alteraciones que representan la primera alteración morfológica del desarrollo neoplásico. La transición de los epitelios, es decir la zona de unión de los epitelios nativos, escamoso y cilíndricos, da origen a otro epitelio metaplasico. El proceso es inducido por lo tanto por mecanismos múltiples relacionados con numerosos hechos fisiológicos en la vida de la mujer, siendo uno de los más importantes la edad. **Objetivo:** Determinar el Valor Predictivo de la Colposcopia para el Diagnostico de Lesiones Precursoras del cuello uterino. **Material y métodos:** Estudio no probabilístico por selección consecutiva de todas las pacientes que reunieron los criterios de Inclusión. Diseño: Prueba Diagnostica, de corte Transversal. **Criterios de Inclusión:** Pacientes con diagnostico colposcópico de lesiones precursoras de cuello uterino. **Criterios de Exclusión:** Fueron excluidas mujeres con otros diagnósticos colposcópicos. Población Accesible Pacientes que fueron estudiadas en el consultorio de Patología Cervical, del Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" de la Cruz Roja Paraguaya, en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero del 2.005 y el 31 de diciembre del 2010. Variables Imágenes Colposcópicas. Cambios Colposcopicos menores. Puntillado Fino. Mosaico Regular. Cambios Colposcopicos Mayores, Puntillado Grueso, mosaico Irregular, Vasos Atipicos. Diagnosticos Histologicas. Negativas. Positivas Plan de Análisis Los datos se registraron en planilla Excel y se analizaron con la formula de valor predictivo positivo. Resultados: Fueron encontradas 480 pacientes con colposcopias positivas. De estas 274 con histología positiva y 206 con histología negativa. Las alteraciones vasculares fueron 146 diagnosticos, de estos 80 correspondieron a histología positiva y 66 a histologías negativas. El Valor Predictivo Positivo de las Alteraciones vasculares por

colposcopia fue del 54,79%. El Valor Predictivo Positivo de los cambios colposcopicos menores fue del 43,51%. El Valor Predictivo Positivo para las lesiones de alto grado fue del 86,84%. **Conclusión:** La relación de la efectividad del diagnostico por colposcopia fue de 40 a 60 aproximadamente. 57 a 43%. El valor predictivo de la colposcopia para lesiones vasculares fue cercana al 60%. El valor predictivo de las lesiones con diagnostico colposcopicos de lesiones de alto grado fue cercano al 87%. Necesidad de aumentar la efectividad para la elección de la imagen colposcopicos a biopsar para disminuir los falsos positivos. Aumentar la pericia y experiencia del colposcopista. Valorar en su justa media a los Cambios Colposcopicos mayores como predictores de malignidad en las lesiones precursoras por diagnosticadas colposcopia, del cuello uterino.

CORRELACION COLPO – CITO – HISTOLOGICA EN COLPOSCOPIAS POSITIVAS DE LAS LESIONES PREMALIGNAS DEL CUELLO UTERINO EN LA CRUZ ROJA PARAGUAYA

Gutiérrez F., Ayala C.

Hospital MI "Reina Sofía" CRP

Introducción: En la población femenina el cáncer de cérvix es la primera causa de muerte por neoplasia maligna, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad. En nuestro país una de las limitantes en el diagnóstico temprano de neoplasias intraepiteliales, es la idiosincrasia y la cultura de la población femenina que no asiste a los programas de detección oportuna de cáncer y cuando acuden se encuentran en estadios avanzados. Dado que las lesiones pre malignas aparecen en la mujer en edad fértil y con actividad sexual, la citología junto a la colposcopia representan el medio de tamizaje y diagnostico oportuno para abordar de forma temprana esta patología, por lo que este estudio viene a darnos a conocer de que manera estamos haciendo diagnostico y la concordancia entre los diferentes métodos. Es el propósito del presente trabajo de investigación científica determinar la correlación entre los métodos de detección masiva como el extendido citológico y la colposcopia, con el diagnostico definitivo de la histología para las lesiones precursoras del cuello uterino. **Objetivo:** Conocer cuál es la Correlación Citológicas, Colposcopicos, e Histológica de las Lesiones Premalignas de Cérvix en Pacientes Atendidas en el consultorio de patología Cervical del Hospital Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya. **Material y Método:** Se realizó un estudio de investigación, en Pacientes atendidas en el consultorio de Patología Cervical del Hospital Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya; en las pacientes que acudieron al servicio, con colposcopias positivas durante el periodo de tiempo comprendido entre : Enero 2005 a Diciembre 2010. El estudio es de tipo Descriptivo de corte transversal, la información fue recolectada del expediente clínico según modelo normado por el Ministerio de Salud, al que se agregaron la hoja de reporte de colposcopia, reporte histológico y ficha de recolección destinada para el estudio. **Resultados:** Fueron encontrados 480 diagnósticos citológicos con colposcopia positiva y con confirmación histológica. La confirmación histológica de lesión intraepitelial se dio en un 53%, y lesiones descar-

tadas por anatomo-patología en un 47%. La Correlación positiva de Citología, Colposcopia e Histología, se registro en 177 casos sobre el total de diagnósticos positivos (n=274): 64,597%. La Correlación negativa de extendidos citológicos con histología negativa se registro en un 66,01% de los diagnósticos negativos. (n=206). Los Diagnósticos Colposcopicos con Histología positiva, fueron del 80,81% para los cambios colposcopicos menores contra un 19,18% de los cambios mayores. Los Diagnósticos Colposcopicos con Histología negativa, fueron del 96,18% para los cambios colposcopicos menores contra un 3,81% de los cambios mayores. **Conclusiones:** En los extendidos citológicos, los casos positivos se correlacionaron entre si, mayor número de citología positivas con histología positiva y citologías negativas con histología negativa. Encontramos mayor número de diagnósticos colposcopicos, n=554, en 480 pacientes, porque un cérvix, podía tener varias imágenes colposcopicas, es decir varios diagnósticos. De los diagnósticos colposcopicos, los cambios mayores se realacionaron en mayor número con histologías negativas y casi no se vieron en histología negativa. La correlación colpo – cito – histológica positiva, fue similar a la correlación negativa en porcentajes, cercano al 65%.

VALOR PREDICTIVO POSITIVO DE LA COLPOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES PRECURSORAS DEL CUELLO UTERINO

*Mendoza S, Gutiérrez F.
Hospital MI "Reina Sofía" CRP*

Introducción: Las lesiones de bajo grado son las alteraciones mas reportadas por citología e histología, al igual que por colposcopia, mediante los cambios colposcopicos compatibles con dichas lesiones. La citología es el principal método de tamizaje para la detección de lesiones pre malignas, apoyándose en los hallazgos colposcopicos como medio diagnostico de localización y la histología como confirmatorio definitivo. Diagnosticar significa corroborar la existencia de un estado mórbido particular. En la práctica clínica se llega al diagnóstico recorriendo dos etapas diferenciadas, en la primera se establece una presunción, sospecha o hipótesis de existencia de enfermedad a la que se arriba en base a la jerarquización de síntomas y signos y su asociación lógica a patologías conocidas. **Objetivo:** Conocer cuál es el valor predictivo positivo de una prueba diagnostica: la colposcopia, para determinar diagnostico de lesiones del cuello uterino. Identificar las lesiones con los diagnósticos colposcopicos, cambios menores y mayores y su correlación histológica como predictor certero de diagnostico de Lesion Intraepielial. **Material y Métodos:** Se efectuó una investigación a través de un trabajo de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la valoración de la colposcopia como método diagnostico de lesiones intraepiteliales del cuello uterino. Dicho estudio fue realizado en el Hospital Materno Infantil "Reina Sofía", de la Cruz Roja Paraguaya, en el periodo de tiempo comprendido entre el 01 de enero del 2005 al 31 de diciembre del 2010. **Resultados:** Fueron encontrados 480 pacientes con resultados de biopsias histológicas, de las cuales: 274

casos (57%) fueron confirmados por histología y 206 casos (43%) resulto negativa por histología. Se encontraron 554 diagnósticos colposcopicos de los cuales cerca de la mitad (43%) correspondieron a Ep. Blanco al Ac Acético. Los Cambios colposcopicos menores se encontraron en un 88%, sobre un 12% de Cambios Mayores. En General se encontraron 318 diagnósticos confirmados de Lesiones precursoras contra 236 diagnósticos de falsos positivos de lesiones precursoras de cérvix. El Valor Predictivo Positivo de la colposcopia fue del 57,4 %. El Valor Predictivo Positivo de los Cambios Colposcopicos menores fue del 53,1% y para los Cambios colposcopicos Mayores del 87,14%. Las Confirmaciones histológicas fueron encontradas en la siguiente proporción: Se encontraron en total 274 casos de histologías positivas, de las cuales: 166 casos (60,58%) fueron para CIN1- Sil de bajo grado ; 89 casos (32,48%) para CIN 2-3 – SIL de Alto grado; y 19 casos (6,93%) para Cáncer Invasor. **Conclusiones:** La Colposcopia llevo a la confirmación diagnostica a través de la toma biopsica en una proporción de 60 a 40. La histología revelo 274 casos positivos contra 206 negativos. Los falsos positivos fueron, solo 9 diagnósticos. La Valoración de la Colposcopia para las lesiones de bajo grado 53%, pero lo fue para los cambios colposcopicos mayores, dando una valoración positiva del casi el 88%. Diseñar estrategias para disminuir los falsos positivos y aumentar los Verdaderos positivos, entrenar y especializar al personal del consultorio de Patología Cervical para así tener mejores resultados.

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL EN ADOLESCENTES, CON EDAD GINECOLOGICA HASTA TRES AÑOS

Báez L; Galeano L; Airaldi L; Vásquez C; Bataglia Dol-dán V.

Consultorio de Ginecología Infantojuvenil. Cátedra de Clínica Ginecobstétrica. Facultad de Ciencias Médicas. UNA. San Lorenzo - Paraguay.

Introducción: Las alteraciones del ciclo menstrual constituyen un motivo de consulta muy frecuente en el consultorio de Ginecología Infanto juvenil. En la mayoría de los casos son resultado del normal proceso de desarrollo y maduración del eje hipotálamohipofiso gonadal, dentro de los primeros tres años de edad ginecológica. Aun así se han encontrado casos que son resultado de una patología orgánica subyacente, cuya detección es importante para su manejo. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de alteraciones de ciclo menstrual, el tipo de presentación y sus etiologías más frecuentes, en adolescentes que acudieron al consultorio de Ginecología Infanto Juvenil. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, se revisaron fichas clínicas de pacientes adolescentes con edad ginecológica de hasta tres años, en el periodo comprendido enero 2010 a diciembre del 2011.. Para determinar el tamaño de muestra se utilizó epiinfo 2000, para un universo de 927; con una prevalencia del 25%, 32 pacientes es el tamaño mínimo para confianza 99%. **Resultados:** El 28% de las pacientes que consultaron acudieron por alteración del ciclo menstrual como motivo de consulta, el 60% acudió por hipermenorrea; el 15% por

oligomenorrea; el 13% por polimenorrea; el 6% por menorragia; y el 6% por amenorrea; el 80% de ellas aun no iniciaron relaciones sexuales, el 35% presento sobrepeso IMC > a 25; el 13 % presentopatología orgánicas de estos el 33% con leucemia; el 17% con lupus; el 17% patología tiroidea; 17% gestación. **Conclusión:** Las alteraciones del ciclo menstrual constituyen el motivo de consulta más frecuente (28%) en las adolescentes, siendo la mayoría (87%) de los mismos producidos por trastornos funcionales propios del desarrollo y la maduración del eje. Entre el 13% de las patologías orgánicas subyacentes encontradas, las patologías oncohematológicas fueron halladas como causa principal, lo cual justifica un trabajo multidisciplinario para el tratamiento de las mismas.

MIOMA UTERINO, COMO CAUSA DE ESTERILIDAD. REPORTE DE UN CASO.

*Echeverria M; Ruiz O; García N; Lovera G.
Hospital Distrital de Mariano Roque Alonso*

Introducción: El mioma es un tumor benigno desarrollado a expensas de fibras musculares lisas y que contiene además tejido conjuntivo como elemento de sostén. La esterilidad es un hecho frecuente entre las mujeres portadoras de leiomiomas. Aproximadamente el 25% de las mujeres portadoras de mioma son estériles. El mioma puede, en ciertas condiciones, ofrecer dificultad al ascenso de los espermatozoides y ser un obstáculo para la implantación del óvulo fecundado. La clínica demuestra que alrededor del 40% de las mujeres en quienes se practica miomectomía conciben. Sin embargo, hay muchas mujeres portadoras de mioma que quedan embarazadas. **Descripción:** Paciente RG. de 35 años de edad, que consulta en el consultorio por deseo gestacional, debido a que hace dos años atrás no utiliza ningún método anticonceptivo y no puede concebir. Se realiza análisis laboratoriales rutina, los cuales se encuentran dentro de límites normales. Se realiza estudios hormonales, como ser prolactinemia, perfil tiroideo, FSH,

LH, dosaje de estrógenos, progesterona, estudio para TORCHS, todos dentro de límites normales. Se realiza histerosalpingografía, con pasaje de contraste por las trompas de Falopio pero deformidad de la cavidad uterina por tumoración, histeroscopia que también informa deformidad de la cavidad uterina en su cara anterior. Se realiza ecografía ginecológica transvaginal con doppler, que informa útero aumentado de tamaño, a expensas de tumoración de 8cm de diámetro en cara anterior, intramural, que deforma la cavidad uterina. Se completa con estudio del factor masculino, dentro de límites normales. Se prepara a la paciente para miomectomía, previa evaluación clínica prequirúrgica y con dos volúmenes de sangre. En el acto quirúrgico, se procede a asepsia de campo operatorio con iop solución. Se realiza incisión Pfannenstiel. Apertura de pared por planos. Se procede a exploración de estructuras anatómicas y se constata anexos de aspecto normal. Se constata útero de aprox. 7cm de longitud, con una tumoración en cara anterior de aprox. 10cm de diámetro, de consistencia sólida elástica, de aspecto intramural. Se procede a miomectomía. Se constata sangrado moderado. Se procede a sutura del lecho operatorio en dos planos. Control de la hemostasia satisfactoria. Cierre de pared por planos. Paciente de alta a las 72hs en buen estado general. La anatomía patológica informa leiomioma. **Conclusión:** La paciente en estudio presenta todos los estudios realizados dentro de límites normales, por lo que presenta como única causa de esterilidad el leiomioma. **Discusión:** En las diferentes literaturas, hay consenso de que entre el 20 a 30% de las mujeres portadoras de mioma presentan esterilidad primaria a causa de dicho tumor. Para llegar a dicha conclusión es importante descartar otras causas de esterilidad y realizar todos los estudios correspondientes, no olvidando el estudio del factor masculino, es decir, el seminograma. El acto quirúrgico requiere de una buena preparación prequirúrgica y buena habilidad del cirujano para manejar el sangrado, ya que en general es una cirugía sangrante.

RESÚMENES TEMAS LIBRES

ORAL OBSTETRICIA

EXPERIENCIA PRENATAL DE 5 CASOS DE GEMELOS ACÁRDICOS: CON ÉNFASIS EN 1 CASO DE UN FETO BOMBA VIABLE

Atobe O.¹, Oviedo R.², Romero D.¹, Boggino H.³, Villalba M.¹, Huespe J.⁴, Marachi G.⁴, Centurión E.⁴, Aparicio C.⁴, Porzio M.⁵, y Ramirez V.¹

1. Centro de Estudios Especializados y Ultrasonográficos. C.E.E.U.S.A.

2. Médico gineco obstetra-Hospital. Instituto de Previsión Social.

3. Médico patólogo-Director Pat-Lab.

4. Médico gineco-obstetra.

5. Médico gineco-obstetra-Especialista en genética médica.

Introducción: Los gemelos acárdicos tienen una incidencia de 1:25.000-30.000 embarazos en general y corresponden al 1% de las gestaciones monocoriales. Se caracterizan por la inversión en la dirección del flujo sanguíneo en las arterias y vena umbilical del receptor (acárdico). **Objetivo:** Descripción de los 5 casos experimentados, su evolución clínica, terapéutica y resultados perinatales de los mismos. Con énfasis en un caso que ha llegado a la etapa de viabilidad.

Descripción de los casos: **Caso 1** (K.P.) 31 años. G:3 P: 0 C: 2. Diagnóstico ecográfico a las 13.3 sem. Gestación gemelar monocorial/monoamniótica. 1er Feto con CRL: 76 mm. 2do Feto con CRL: 40 mm, con disminución del calibre del cordón umbilical inversión del flujo sanguíneo con el doppler color. Óbito de ambos fetos a las 18.5 sem. **Caso 2** (S.G.) 19 años. G: 1 P: 0 C: 0. Diagnóstico ecográfico a las 10.6 sem. Gestación gemelar monocorial/diamniótica. 1er Feto con CRL: 41 mm. 2do Feto con CRL: 31mm, con disminución del calibre del cordón umbilical e inversión del flujo sanguíneo con el doppler color. A las 18.5 sem. Fetoscopia y coagulación láser ("Clínica Las Condes". Santiago-Chile), óbito de ambos fetos a las 48hs postoperatorio. **Caso 3** (C.C.) 26 años. G: 1 P: 0 C: 0. Diagnóstico ecográfico a las 13.1 sem. Gestación gemelar monocorial/monoamniótica. 1er Feto con CRL: 64mm. 2do Feto CRL: 37mm, con disminución del calibre del cordón umbilical e inversión del flujo sanguíneo con el doppler color. Óbito de ambos fetos a las 20.5 sem. **Caso 4** (B.P.) 26 años. G: 1 P: 0 C: 0. Diagnóstico ecográfico a la 15.4 sem. Gestación gemelar monocorial/diamniótica. 1er Feto CRL: 100mm. 2do Feto CRL: 70mm, con disminución del calibre del cordón umbilical e inversión del flujo sanguíneo con el doppler color. A las 19.0 sem. Ablación Vascular con Electrocauterizador Monopolar ("Clínica Las Condes". Santiago-Chile), óbito de ambos fetos a las 48hs postoperatorio. **Caso 5** (P.S.) 30 años. G: 2 P: 1 C: 0. Diagnóstico ecográfico a las 29.6 sem. Gestación gemelar monocorial/monoamniótica. 1er Feto: 29.6sem (1767g) / 31.1sem (2016g) / 33.1sem (2422 g) / 33.6sem (2900g). 2do Feto: LFM: 18.0 mm. LFM: 20.6 mm. LFM 22.4 mm LFM: 24.5 mm, con disminución del calibre del cordón umbilical inversión del flujo sanguíneo

con el doppler color. Parto por cesárea a las 35.0 sem. RN: 1er gemelar: Sexo femenino. Long: 49cm Peso: 2450g. APGAR 6/8 (Se interna en UTI para observación). 2do gemelar: Acárdico, óbito inmediato. Peso: 3000g. **Discusión:** La ecografía prenatal ha permitido el diagnóstico de gemelo acárdico. El doppler color permite el diagnóstico del "flujo invertido". La evolución natural demuestra la inviabilidad del feto acárdico (100% de mortalidad) y la alta morbimortalidad en el feto sano o bomba. En nuestra experiencia 1 solo caso del feto bomba ha llegado hasta la edad gestacional de viabilidad (35 semanas).

ULTRASONOGRAFÍA 3D/4D ANGIOGRÁFICO EN UN TUMOR GIGANTE HIPERVASCULARIZADO EN MIEMBRO SUPERIOR FETAL: EXPERIENCIA DE 1 CASO DE FIBROSARCOMA CONGÉNITO

Atobe O.¹, Oviedo R.², Romero D.¹, Acosta C.², Ayala E.³, Azcurra M.⁴

1. Centro de Estudios Especializados y Ultrasonográficos-"C.E.E.U.S.A". Asunción-Paraguay.

2. Médico gineco obstetra-Hospital. Instituto de Previsión Social.

3. Médico patólogo-Hospital. Instituto de Previsión Social.

4. Especialista en genética y citogenética.

Introducción: El fibrosarcoma congénito es una enfermedad relativamente rara de tumores de tejido blando que comúnmente afecta las extremidades. Alrededor de 150 casos de diagnóstico prenatal han sido reportados en la literatura. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la ultrasonografía 3D/4D angiográfico en un tumor gigante hipervascularizado y de crecimiento rápido localizado en el miembro superior fetal. **Descripción del caso:** M.C. 23 años. G: 1 P: 0 C: 0. Remitida a nuestro servicio a las 28.4 sem donde se constata: Imagen tumoral en miembro superior derecho de 10.6 x 6.6 x 6.6 cm que abarca todo el brazo, codo y parte del antebrazo. El húmero (HL) mide 5.45 cm (31.5 sem), el cúbito: 5.0cm (31.6 sem), el radio: 3.85cm (29.0sem). Con el Doppler color y angiográfico 3D/4D se identifican imágenes de vasos tortuosos en tirabuzón y entrecortados que ocupa el 40% de la extensión del tumor. Signos de ondas de flujos vasculares de impedancia intermedia PI: 1.0, con velocidad pico de sístole (VSA) alto V: 63.8cm/s. Doppler materno fetal: Arteria umbilical (AU) PI: 1.47 (aumentado). Arteria cerebral media (ACM) PI: 2.0 y VSA: 56.1 cm/s (1.5 MoM-Anemia leve). Ductus venoso (DV) PI: 1.0. Índice de precarga VCI: 0.46 (aumentado). Percentil de crecimiento: 33%. Evaluación a las 30.4 sem: La imagen tumoral mide 11.4 x 7.5 x 6.7 cm, con el humero acortado (3.6cm) con la ecogenicidad ósea disminuida, con ausencia del segmento inferior del mismo, como así también el segmento superior del radio-cubito (reabsorción parcial). El Doppler color y el Doppler angiográfico 3D/4D demuestra que la

vascularización ocupa el 80% de la extensión del tumor, con vasos de impedancia baja PI: 0.7 con velocidad pico de sístole alto V: 45 a 65 cm/s. Doppler materno fetal: AU PI: 1.0-1.3. ACM PI: 3.0 y VSA: 56.0 cm/s (1.4 MoM-Anemia leve). Istmo Ao PI: 1.7 VSA: 141 cm/s (aumentado) DV P: 0.9 Índice de precarga VCI: 0.56 (aumentado). Percentil de crecimiento: 10% (RCIU asimétrico). Evaluación a las 32.4 sem: La imagen tumoral mide 12.0 x 10.1 x 10.7 cm, se visualiza solo el tercio superior del húmero. El Doppler color y el Doppler angiográfico 3D/4D demuestran, que los vasos ocupan el 90% de la extensión del tumor. Doppler materno fetal: AU PI: 1.6 a diástole cero en parte. ACM PI: 3.5 y VSA: 55.0 cm/s (1.4 MoM-Anemia leve). Istmo Ao PI: 1.7 VSA: 141 cm/s (aumentado) DV P: 1.2 (aumentado) Índice de precarga VCI: 0.85 (aumentado). Percentil de crecimiento: 10% (RCIU asimétrico). (Se interna). Parto por cesárea a las 33.2 sem. RN sexo femenino. APGAR 6/8. Al examen físico se visualiza tumor en miembro superior derecho de 13.5 x 13.0 x 9.5 cm. Se interna en UTI. Se somete a cirugía al recién nacido con amputación del miembro superior derecho. La anatomía patológica informa sarcoma de alto grado constituido por células fusocelulares y ovoideas, hiper celular, estos hallazgos microscópicos compatible con fibrosarcoma congénito. **Discusión:** La utilización del Doppler color y el Doppler angiográfico 3D/4D es fundamental en el diagnóstico prenatal de los tumores gigantes hipervascularizado de crecimiento rápido. La evaluación del aspecto morfológico del vaso (tortuosos en tirabuzón y entrecortados) como así también la impedancia y velocidad del pico de sístole.

LA ULTRASONOGRAFÍA 3D/4D EN EL DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL “SÍNDROME DE JARCHO-LEVIN” (DISOSTOSIS ESPONDILO TORÁCICO): EXPERIENCIA EN 1 CASO.

Atobe O.¹, Romero D.¹, Nacimiento de Herreros M.², Benítez R.³, Brizuela A.⁴, Acosta C.⁴

1. Departamento de ultrasonografía gineco-obstetrica y medicina fetal-C.E.E.U. Asunción-Paraguay.
2. Médico pediatra- Especialista en genética medica.
3. Médico pediatra-Hospital. Instituto de Previsión Social.
4. Médico gineco-obstetra-Hospital. Instituto de Previsión Social.

Introducción: El síndrome de Jarcho-Levin (disostosis espondilo torácico) es un defecto congénito raro, del tipo autosómico recesivo, que se caracteriza por cuello corto y tórax pequeño causados por defectos en la formación y desarrollo de la vértebras y las costillas. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la ultrasonografía 3D/4D en el diagnóstico prenatal y presentar la experiencia en 1 caso. **Descripción del caso:** S.M. 28 años. G: 1 P: 0 C: 0. Los hallazgos ultrasonográficos 3D/4D han demostrado las anomalía a nivel de la alineación de las vértebras cervicales y dorsales (escoliosis) como así también imágenes correspondientes a hemivértebra de la columna dorsal con las costillas fusionadas y acortadas en parte. Evaluación clínica y radiográficas del recién nacido han corroborado las imágenes descriptas. **Discusión:** La utilización de la ultrasonografía 3D/4D ha sido una herramienta importante dentro del diagnóstico prenatal de patologías ósea a nivel vertebral y torácica.

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE SIRENOMELIA: EXPERIENCIA EN 1 CASO

Atobe O.¹, Nacimiento de Herreros M.², Romero D.¹, Roscher G., Hellvig E.³

1. Departamento de ultrasonografía gineco-obstetrica y medicina fetal-C.E.E.U. Asunción-Paraguay.
2. Médico pediatra- Especialista en genética médica.
3. Médico gineco-obstetra-Sanatorio Adventista de Asunción.

Introducción: La Sirenomelia constituye una anomalía congénita rara (1:100.000) causada por un defecto vascular disruptivo, caracterizado por la fusión de las extremidades inferiores, asociados a anomalías cardíacas, renales, de pared abdominal y torácicas, como vertebrales inferiores, digestivos inferiores, genitales y de las arterias umbilicales. Se presenta la experiencia de un caso de diagnóstico ecográfico prenatal.

Descripción del caso: RMG. 32 años. AGO: G2C1P0. APP: No diabetes. **Hallazgos ecográficos:** 1ra. Consulta: 14.4 sem. A. Estructuras fetales: Cabeza: Dolicocefalia. Cuello: Pliegue nuchal aumentado. Corazón: Hipoplasia de la arteria pulmonar con hipertrofia de ambas cavidades ventriculares. Abdomen: Estómago: No se visualiza. Riñones: ambos no se visualizan (agenesia bilateral). Vejiga: No se visualiza. Cordón umbilical: Arteria umbilical única. Miembro inferior: Forma una estructura única correspondiente a la fusión de las extremidades inferiores. Dentro del mismo se visualizan: Fémur derecho e izquierdo seguido de 3 huesos (¿Tibia/Peroné?) con doble pie fusionados con múltiples dedos, datos compatibles con Sirenomelia. Columna vertebral: todos los segmentos visibles. Sexo: difícil de identificar genital externo. B. Líquido amniótico: Oligohidramnios severo. C. RCIU simétrico. Parto por cesárea a las 34.0sem. RN 1500g. El examen físico y la Rx confirman los hallazgos prenatales. (Un miembro con 2 pies fusionados: “Sirenomelia bipus o bipodales”) **Discusión:** La evaluación ecográfica temprana ha permitido el diagnóstico prenatal de un cuadro raro de anomalía congénita correspondiente a sirenomelia asociado a agenesia renal bilateral, cardiopatía compleja, arteria umbilical única y ausencia de genitales. El Oligohidramnios severo temprano se ha asociado a un cuadro de hipoplasia pulmonar bilateral con óbito del RN.

FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS PERINATALES EN LOS RECIÉN NACIDOS DE PRETERMINO PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL

Dejesús Nuñez, J; Vera Salinas, F.

Hospital Materno Infantil “Reina Sofía” de la Cruz Roja Paraguaya.

Introducción: El crecimiento embrio-fetal normal se define como el resultado de una división y crecimiento celular sin interferencias y da como resultado un recién nacido de término en el cual se ha expresado totalmente su material genético. El Recién Nacido Pequeño para la Edad Gestacional es cuando se estima un peso inferior al que le corresponde para su edad gestacional. **Objetivos:** Determinar los Factores de Riesgo que presentaron las embarazadas que tuvieron Recién Nacidos de Pretérmino pequeños para la edad gestacional (RNPT-PEG). Identificar las patologías más frecuentes al ingreso de los RNPT-PEG. Determinar las probables complicaciones que se presentan durante la internación. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio de casos y controles, de los Recién Nacidos de Pre-término que hayan presentado un

peso menor que el esperado para la edad gestacional al nacer con valores inferiores al percentil 10 de la curva de percentilos, que hayan nacido en el Hospital Materno Infantil "Reina Sofía" - Cruz Roja Paraguaya en el periodo de tiempo comprendido entre Enero del 2008 a Diciembre del 2009 y un grupo control de Recién Nacidos de Pretérmino con peso adecuado para la edad gestacional elegidas alzar. Se utilizó estadística del sistema informático de datos EXCEL y se procesó en EPI INFO 2002. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y se compararon utilizando el chi cuadrado o el test exacto de Fisher. Se consideraron significativas todas aquellas diferencias < 0.05 . **Resultados:** Fueron estudiadas 78 recién nacidos de pretérmino, de los cuales 28 eran RNPT-PEG. La edad gestacional promedio para los RNPT-PEG fue de 33,5 semanas, con DE 2,8 y para el grupo control fue de 34,9 semanas, con DE 1,7. El peso al nacer fue en promedio de 1536 gr., con DE 435,6 para los RNPT-PEG y de 2568 gr., con DE 725 para el grupo control. El motivo de ingreso de los RNPT-PEG al Servicio de Neonatología fue en su gran mayoría (64,3%) por presentar Dificultad Respiratoria (OR: 11; $p < 0.05$) y el 39,3% por riesgo de alteración metabólica (OR: 31,7; $p < 0.05$). Los diagnósticos al alta encontramos que la Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTNR) se presentó en el 39,3% (OR: 3,3; $p < 0.05$), la Membrana Hialina en el 25% (OR: 2,4; p : NS), Poliglobulia en el 10,7% (OR: 1,8; p : NS), Anemia en el 7,1% (OR: 1,8; p : NS) e Ictericia en el 21,4% (OR: 6,5; $p < 0.05$). Al analizar los antecedentes familiares de Diabetes Mellitus (OR: 1,3; p : NS), de Hipertensión Arterial (OR: 1,6; p : NS) y de Preeclampsia (OR: 1,4; p : NS), así como los antecedentes personales de Hipertensión Arterial (OR: 1,9; p : NS) y de preeclampsia en el embarazo anterior (OR: 0,3; p : NS) no mostraron ningún un riesgo importante. Teniendo en cuenta los antecedentes Obstétricos de las pacientes en ambos grupos el mayor porcentaje eran Nulíparas, 75% y 50% respectivamente (OR: 3; $p < 0.05$). La Hipertensión Arterial con Preeclampsia sobre agregada estuvo asociada a mayor riesgo para los RNPT-PEG (OR: 5,8; $p < 0.05$). En cuanto a las enfermedades concomitantes con el embarazo encontramos que tenían Hipertensión y Embarazo el 43%, Rotura Prematura de Membranas el 14,3% y Amenaza de Parto Prematuro el 3,6%. Teniendo en cuenta el control prenatal fue insuficiente en el 39,3% para los RNPT-PEG y del 54 para el grupo control (OR: 0,5; p : NS). **Conclusión:** Al realizar el análisis de los resultados obtenidos en nuestro estudio observamos que, las nulíparas tienen mayor probabilidad de presentar un RNPT-PEG. La asociación entre prematuridad y pequeño para la edad gestacional aumentan la morbimortalidad de los recién nacidos hijos de mujeres con Hipertensión Arterial con Preeclampsia sobregregada. Los trastornos respiratorios y metabólicos son los problemas más frecuentes de los RNPT-PEG.

REVISIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS CESÁREAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Bataglia Doldan V; Ayala Valdes L; Apuril Velgara M; Colman G; Galeano R

Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas U.N.A.

Introducción: La cesárea es sin duda la cirugía que permite la resolución de los problemas obstétricos; sin embargo al realizar un análisis de la literatura observamos un aumento relacionado con sus indicaciones. Esto genera con el tiempo

situaciones de riesgo, o complicaciones mayores con aumento de la morbilidad materna y perinatal. **Objetivo:** analizar los aspectos clínicos relacionados a las cesáreas en el Hospital de Clínicas, asiento de la Cátedra y Servicio de Gineco-Obstetricia en el periodo de un año. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes cesareadas, revisión de Historias Clínicas a través del sistema Informático Perinatal. La población de referencia está constituida por total de 981 pacientes realizadas en un año de 01 de febrero 2011 al 29 de febrero 2012. La variable dependiente fue el tipo de atención al parto (cesárea). Se establecieron los porcentajes para definir los riesgos asociados. **Resultados:** Se analizaron 981 historias clínicas de cesáreas, de un total 2.235 pacientes atendidos. El grupo etario entre 20 y 34 años representó el 75% y 13% correspondió al grupo de las adolescentes. Incluyó entre 15 y 44 años. 520 mujeres (53%) tenían de 1 a 3 gestaciones previas y 408 mujeres (41,6%) fueron primigestas. Antecedentes quirúrgicos no registrado en el 91,6%. Realizaron consulta prenatal suficiente 54%. Primer trimestre 26%, consulta tardía 24% y ausencia de prenatal en el servicio 13%. En su gran mayoría fueron únicos 941(95,9) Presentación cefálica (87,6%), pelviana (9,9%) transversa 2,3) y oblicuo (0,2) Sin datos 23(2,3%). El análisis reporta una proporción pelvis/feto de 896 casos (91,3%) Entre las indicaciones se cita: sufrimiento fetal agudo: 26%, cesárea previa 16%, desproporción cefalo-pelvica 12%, podálica 8,2%. Algunos resultados perinatales: Con asfisia perinatal se presentaron 51 casos (5,2%). Óbito fetal 8(0,8%). Óbito Materno 1 (uno). **Discusión:** La frecuencia global de cesáreas representa en este examen el 43,8%, similar a lo informado en la literatura latino americana. El grupo etario representa un valor agregado a la morbilidad. En este escenario deja mayor preocupación las madres adolescentes que representa el 13% y el 42% de la población global estudiada es su primera gesta. Otro factor de riesgo para una primera cesárea. Sin embargo, por otro lado, se tiene un alto control en el prenatal lo que facilita grandemente la información y la orientación. Con ello se analiza la situación personal y social para encaminar con claridad a superar dudas, temores no fundados por desconocimiento y preparase para el momento del parto. Analizando la presentación fetal, la pelviana con 9,9% y la situación transversa 2,3% son factores influyentes en la toma de decisiones. Sin embargo, la literatura registra de 3 a 5% para las podálicas y situación transversa con 0,5% es decir 1 cada 300 a 400 partos. Hoy el servicio pretende lograr la disminución de las intervenciones innecesarias para reducir la frecuencia de cesáreas ofrecer mejor el consentimiento informado a las gestantes y su familia como se viene realizando en otros hospitales de la región con alta incidencia de cesáreas.

PREVALENCIA DE PARTOS VAGINALES EN CESAREADAS ANTERIORES EN EL HOSPITAL DISTRITAL DE LAMBARÉ DE ENERO DEL 2011 HASTA MARZO DEL 2012

López Gastiaburo A, Irala Jara R, García L, Hermosa González A, Ávalos Coronel T, Faracco Gigliucci A, Wasmosy D, Jara Espinoza H, Alarcón Migone L, Chamorro Carlos, Díaz, L, Barbotte C, Cardozo I.

Hospital Distrital de Lambaré. Lambaré.

Introducción: La palabra cesárea proviene del verbo latino caedere "cortar" y a la vez del gobernante Julio César quien supuestamente vino al mundo mediante un parto por cesárea.

La técnica de la operación cesárea fue descrita como procedimiento médico por Mariceau recién en el siglo XVII, donde se practicaba sólo una histerotomía corporal de salvataje en casos excepcionales con alta tasa de mortalidad. Esta técnica se mantuvo hasta 1882 en que Max Sanger introdujo la sutura de la histerotomía. Latzko realizó en 1908 la primera cesárea extraperitoneal como forma de prevenir las peritonitis postoperatorias. En 1912, Kronig realizó la primera incisión segmentaria vertical y en 1925, Kerr describe la técnica actual de histerotomía segmentaria transversal. La prueba de trabajo de parto en una paciente que ha tenido una cesárea previa ha sido aceptada como una forma de disminuir la alta tasa de cesáreas. Aunque hay consenso de que la prueba de trabajo de parto es apropiada en muchas mujeres que han tenido una cesárea previa. El problema actual es que muchos obstetras temen someter a la paciente con cesárea previa al estrés uterino y perineal de un parto vaginal. En algunas instituciones de todo el mundo, se ha tomado la conducta de someter a estas pacientes al trabajo de parto normal con resultados exitosos: se ha visto una evolución similar a las pacientes nulíparas, de tal forma que en cuanto a dilatación con respecto al tiempo siguen las tendencias de las curvas de Friedman. Hay un factor digno de considerar: la indicación de la cesárea previa. Cuando la causa fue: sufrimiento fetal agudo (SFA), el éxito de parto vaginal es de 71 a 92%; por embarazo gemelar de 72%; si fue por presentación pélvica de 84 a 91%; por falta de progresión en el trabajo de parto de 33 a 78%. En los casos reportados de cesárea previa indicada por distocia, ya sea desproporción céfalo pélvica o falta de progresión en el trabajo de parto, la tasa de éxito en parto vaginal disminuye. Una conclusión importante es que el parto vaginal en pacientes con cesárea previa no aumenta la mortalidad materna ni fetal. Existen contraindicaciones absolutas para que se lleve a cabo el parto vaginal en pacientes con cesárea previa, tales como: incisión clásica o corporal uterina, dehiscencia de cicatriz uterina previa, y las llamadas contraindicaciones relativas que incluye sufrimiento fetal, falta de progreso en el trabajo de parto, retardo en el crecimiento intra-uterino, productos pretérmino, macrosomía fetal, embarazo múltiple, desconocimiento del sitio de incisión uterina previa entre otras. En pacientes sometidas a parto que cuentan con el antecedente de una o más cesáreas previas, existe el riesgo de ruptura uterina; sin embargo la ocurrencia de ésta, es en la minoría de los casos. Se han encontrado rupturas completas, incompletas y sólo dehiscencia parcial de la cicatriz uterina previa. Pero la incidencia va de 0.07% a 2.6%. En los productos de pacientes con parto vaginal y antecedente de cesárea previa, no se han visto complicaciones significativas. Las pacientes con mayor número de partos previos a la cesárea, tienen mayores posibilidades de tener éxito en el parto vaginal por lo que deberán ser orientadas previamente. La comunicación con la paciente desde antes del nacimiento en la consulta prenatal es muy importante, explicándole las ventajas del mismo, tanto para la madre como para el producto. Esta conducta disminuirá las tasas elevadas de cesárea y evitará operaciones innecesarias. Estadísticamente, casi un 60 - 80% de las mujeres que intentan tener un parto vaginal después de una cesárea son capaces de dar a luz por parto normal. Existen algunas ventajas de tener un parto vaginal a tener uno por cesárea. Algunas de ellas son:

- Periodo más corto de hospitalización
- No tener una cirugía abdominal
- Menor riesgo de transfusión de sangre e infección.

El mayor riesgo de parto vaginal después de una cesárea es la ruptura del útero. El riesgo de ruptura del útero con una cesárea transversal baja es de casi un 1%, mientras que el riesgo de ruptura del útero con una cesárea clásica previa es de 8 a 10%. En un gran estudio reciente, aproximadamente 1 de cada 2,000 mujeres que intentaron un parto vaginal después de una cesárea también tuvieron mayor probabilidad de necesitar una transfusión de sangre y de tener una infección en sus úteros que requirió antibióticos. Por otro lado, alrededor de 3/4 de las mujeres que intentaron tener un parto vaginal lo lograron. Estas mujeres evitaron la cirugía y tuvieron una recuperación más rápida comparada con las mujeres que optaron por repetir una cesárea programada. **Objetivo general:** evaluar partos vaginales en cicatriz previa. **Objetivo específicos:** Evaluar la paridad previa de las pacientes, conocer el peso promedio de los recién nacidos, valorar el periodo intergenésico, conocer la duración del trabajo de parto, hallar la prevalencia de dehiscencia de cicatriz uterina postparto vaginal en cesareadas anterior, evaluar el uso de oxitocina en parto vaginal en cesareadas anterior. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Se obtuvieron datos a partir de los informes diarios de los registros que reposan en el departamento de estadística del Hospital Distrital de Lambaré desde enero del 2011 hasta marzo del 2012. La muestra incluye 1124 pacientes, de las cuales 44 fueron con cicatriz previa de cesárea. Se realizaron tabulaciones de las cifras y se analizaron porcentualmente los datos obtenidos. **Criterios de inclusión:** pacientes del hospital de lambare en el periodo enero 2011 a Marzo del 2012 que acudieron al Servicio de Ginecoobstetricia, pacientes con antecedente de cesárea previa. **Criterios de exclusión:** Pacientes sin cicatriz previa. **Resultados:** Durante el tiempo de estudio que engloba, enero del 2011 hasta marzo del 2012, se encontraron 1.124 pacientes que tuvieron parto vaginal en nuestro servicio, de estas pacientes 44 (3,91%) presentaban cesárea previa, de las cuales 15 (34%) corresponden a nulípara, 14 (31,8%) a primíparas, 7 (15,9%) a secundíparas, 4 (9%) a terciaras, 2 (4,54%) a múltiparas y 2 (4,54%) a gran múltiparas. La edad promedio encontrada fue; < a 25 años 18 (40,9%), de 25 a 35 años 24 (54,5%) y > de 35 años 2 (4,5%). El periodo intergenésico promedio sobre cicatriz anterior en 5 años 13 (29,5%) sin datos 17 (38,6%). El empleo de oxitocina en pacientes con cesárea previa corresponde a 19 (43,1%) y 25 (56,8%) pacientes tuvieron parto vaginal sin uso de la misma. En un solo caso del empleo de oxitocina se presentó dehiscencia de cicatriz post parto. La duración del trabajo de parto en promedio en pacientes con cesárea previa fue de 4 hs obteniendo así el mayor porcentaje en pacientes cuyo trabajo de parto duro menos de 4 hs. En relación al peso fetal, un peso 3500 gr 15 (34,2%) demostrando de esta manera que el menor porcentaje corresponde a RN de bajo peso. **Discusión:** Se plantea que si tenemos en cuenta la paridad, la edad y el peso fetal estimado y con evaluación obstétrica estricta y minuciosa es factible la atención del parto vaginal, ya que la incidencia de dehiscencia fue de 2,27%. La bibliografía cita 0,49% complicaciones de rotura y/o dehiscencia. **Conclusión:** Fueron revisadas 1124 fichas de pacientes que acudieron a nuestro servicio en el periodo de enero 2011 a marzo de 2012, de las cuales 44 eran cesareadas anterior. De esta manera vemos reflejado que la mayor cantidad de partos normales en cesareadas anteriores se han registrado en nulíparas, con una edad promedio entre 25 y 35 años, con un periodo

intergenesico mayor a 5 años, sin el empleo de oxitocina, con un trabajo de parto menor a 4 horas de duración y un producto con un peso entre 2500 y 3500g. Nos llama la atención el bajo índice de complicaciones, ya que solo una paciente presentó dehiscencia de cicatriz anterior post parto, terminando en una histerectomía total abdominal de urgencias, y solo se obtuvo un producto con un peso menor a 2500g. En cuanto a la oxitocina, encontramos que en el 56,8% no se utilizó.

ANÁLISIS DEL CONOCIMIENTO, ACTITUD Y COMPORTAMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS EN EL ACTO SEXUAL

Bataglia Doldan V, Leguizamón Fleitas L, González Cabrera L.

Cátedra de Gineco Obstetricia. Hospital de Clínicas

Durante el transcurso de un embarazo, se producen en la pareja múltiples y profundos cambios, que pueden afectar distintas áreas de su relación. En muchos casos, por no estar debidamente informados y consecuentemente preparados para enfrentarlos, estos cambios suelen afectar una de las áreas que se muestra como la más vulnerable al daño, la sexualidad. El embarazo constituye un período crucial en la vida de una pareja. Los cambios que se producen en la mujer gestante afectan, cambian y modifican todo su ser biosicossexual lo que trae también cambios en la sexualidad femenina, pero no tan solo en ella pues también afecta al padre de la futura criatura y esto puede ser visto en los deseos sexuales del hombre durante el embarazo de su mujer. **Objetivos:** 1- Conocer la prevalencia de cambios en la libido de la mujer embarazada. 2- Diferenciar el porcentaje de pacientes, según trimestre de embarazo, que presentaron cambios en la libido. 3- Caracterizar los cambios del apetito sexual en las gestantes según: edad, paridad, nivel educativo, tipo de actividad laboral. 4- Determinar la percepción de las pacientes con respecto al cambio de apetito sexual en sus parejas. 5- Determinar el porcentaje de pacientes que consultan con sus médicos sobre temas de sexualidad. 6- Investigar la prevalencia de pacientes que desean más información sobre el sexo en el embarazo y la forma en que desean recibir esa información. **Metodología:** Diseño: observacional, prospectivo de corte transversal con componente analítico. **Muestreo:** no probabilístico de casos consecutivos. **Población:** pacientes gestantes que acuden al consultorio externo prenatal. Dpto. de Salud Reproductiva de la Cátedra de Gineco Obstetricia. **Resultados:** Se entrevistaron a un total de 326 mujeres embarazadas, cuyo rango etario va de 14 a 49 años. Un 82% refirió disminución de la libido en el primer trimestre, un 63 % en el segundo y 75% en el tercero. La mayoría de las mujeres tienen trabajo remunerativo: el 44.5% fuera de la casa y solo un 8.9% dentro del hogar. Un 46.3% no tiene actividad remunerativa laboral. En cuanto a la disminución de la libido según actividad laboral un 79,6% de las amas de casa presentaron disminución de la libido en comparación a un 85% de las que trabajan fuera del hogar. Entre los cambios detectados en la pareja: un 60% refirió temor al coito, 10 % refirió disminución de la libido, un 13% otras causas, 17 % aumento su libido. Cabe aclarar que el temor al coito fue compartido por la embarazada. Un 18% tienen conocimiento de sus zonas erógenas. El 37,4% presentaron orgasmos durante su embarazo y ello se relacionó directamente con un mayor nivel educativo. Con respecto a la relación de confianza de las pacientes con su ginecólogo se

constato que un 75% no conversa con los mismos sobre temas de sexualidad. **Conclusiones:** La mayoría de las entrevistadas refieren disminución en el apetito sexual durante el primer trimestre y es más frecuente en pacientes con actividad laboral fuera del hogar. Un 60% de las parejas refieren temor al coito aunque solo un 10% refirió disminución de la libido. Una minoría refiere tener orgasmos durante la gestación y una abrumadora mayoría de las entrevistadas no conversa con su médico sobre temas de sexualidad.

DIÁMETRO TRANSVERSO DEL CEREBELO Y EDAD GESTACIONAL

Mendoza RC, Atope O, Mendoza LM, Romero D, Villalba M, Ramírez V.

Departamento de ultrasonografía gineco-obstetrica y medicina fetal-C.E.E.U (Centro de Estudios Especializados y Ultrasonográficos) Asunción-Paraguay.

Introducción: Desde que la ecografía fue utilizada durante la gestación como método de evaluación del mismo, su utilidad principal radicó en determinar la Edad Gestacional del feto, utilizando varios parámetros de medidas de estructuras fetales, dentro de ellas el Diámetro Transverso del Cerebelo (DTC), que según la Literatura Médica reciente aporta datos bastantes interesantes en la determinación de la edad gestacional, sobre todo en donde los parámetros biométricos clásicos pierden fuerzas. **Objetivos:** Determinar de la edad gestacional fetal utilizando el Diámetro Transverso del Cerebelo (DTC), y relacionarlo con los parámetros biométricos fetales clásicos, establecer su utilidad y elaborar nuestras propias tablas de medición. **Material y métodos:** Es un estudio observacional, descriptivo y temporalmente retrospectivo realizado por revisión de 549 fichas ecográficas del Centro de Estudios Especializados y Ultrasonográficos (C.E.E.U.), de gestantes de 14 a 36 semanas de gestación, en su mayoría a la ciudad de Asunción. **Resultados:** Se obtuvieron medidas en milímetros (mm) del Diámetro Biparietal (DBP), Circunferencia Cefálica (CC), Diámetro Transverso del Cerebelo (DTC), Circunferencia Abdominal (CA) y Longitud del Fémur (LF) y se lo relacionó con la edad gestacional correspondiente, obtenida a partir de su fecha de última menstruación (FUM) corregida con ecografía del 1° trimestre y se elaboraron tablas y gráficos en donde se utilizó la media y 1 DS, el cálculo en percentiles del 5%, 50%, y 95%. El Diámetro Transverso del Cerebelo (DTC) en la columna del percentil 50 % coincide en milímetros con la edad gestacional incluso hasta la semana 35 facilitando su interpretación y relacionando los valores obtenidos del Diámetro Transverso del Cerebelo (DTC) con los del Diámetro Biparietal (DBP) es a la semana 14 a 17 del 50% al 45% llegando a la semana 35 al 40% respecto al valor del DBP encontrado; con Circunferencia Cefálica (CC) es de 12% a la semana 14 y de la 17 hasta la 35 es del 11% y con la Longitud del Fémur (LF) es a la semana 14 del 90% y luego se mantiene en el orden del 55% **Conclusiones:** La medición del Diámetro Transverso del Cerebelo (DTC) fue coincidente con la edad gestacional en mm desde la semana 14 hasta la 35, y al relacionarlo con otras medidas fetales y conocer sus porcentajes podemos estimar el valor aproximado a encontrar, siendo el DTC un parámetro biométrico fetal que posee cierta independencia de la edad gestacional a partir de la FUM y la que menos variación sufre o por lo menos la que se afecta en forma tardía en situaciones patológicas feto-maternas.

MOLA INCOMPLETA CON FETO VIVO

Dimitrópulos Arguello JF, González Doldán P, Ayala Ramos YA.

Hospital Regional – Ciudad del Este

Introducción: La Mola Hidatiforme es una patología cuya frecuencia varía de acuerdo a la distribución geográfica, siendo más frecuente en nuestro país que en otros y cuya causa se desconoce. Nombre: IF. Edad: 19 años. Procedencia: Barrio Remansito. Motivo de consulta: Remisión facultativa. Paciente acude al servicio en fecha 23/06/2011 con resultado de ecografía que informa: embarazo molar, feto único, vitalidad presente, de 20 semanas. Antecedentes Gineco obstétricos: Gesta: 0 FUM: 4-02-11. Examen físico: Abdomen: globuloso a expensas de útero grávido, feto en situación indiferente. Altura uterina: 19 cm Movimientos fetales: presentes. Latido cardíaco fetal: 140 por minuto. Dinámica uterina: ausente. Genitales externos: s/p Tacto vaginal: s/p Diagnóstico: Nulípara adolescente, gestante 19,6 semanas por FUM y 20,3 semanas por ecografía del segundo trimestre, embarazo molar con feto vivo. Internación: 9 días, se realizó los estudios correspondientes posibles. Se retiró voluntariamente del servicio. Acudió a CPN en 3 oportunidades luego del alta, cursando embarazo sin particularidades. Reingreso: 32 semanas de gestación para seguimiento estricto. Examen físico: Abdomen: globuloso a expensas de útero grávido, feto único, longitudinal, cefálica. Altura uterina: 29 cm Dinámica uterina: 1/20/10 Movimientos fetales: presentes Latido cardíaco fetal: 146 por minuto. Genitales externos: s/p Especuloscopia: s/p Tacto vaginal: s/p. Diagnóstico: Nulípara adolescente, gestante 32,6 semanas por FUM y 32 semanas por ecografía del segundo trimestre, sin trabajo de parto, Embarazo molar con feto vivo. Plan de internación: Control obstétrico estricto, Monitoreo fetal diario, completar estudios La conducta al ingreso fue la interrupción del embarazo a las 34 semanas. Se decidió la interrupción al cumplir 36 semanas de gestación por FUM y 35 semanas por ecografía del segundo trimestre. El día 12 de octubre a las 16:40 horas se extrae por Cesárea a un RN vivo de sexo femenino de 2500 gramos de 36 semanas por Capurro con Apgar 8/9. El RN fue evaluado por el pediatra, quien no constató anomalías al examen físico e indicó alojamiento conjunto. Hallazgo quirúrgico: Placenta que pesó 700 gramos con vesículas en forma parcial. Ovarios de aspecto normal, ausencia de quistes teca-luteínicos. Solicitud de anatomía patológica. La paciente fue dada de alta cumpliendo 48 horas de puerperio en buenas condiciones médicas junto a su RN. **Resultado:** de anatomía patológica (26/10/2011): Placenta con vellosidades coriales con áreas de hemorragia y fibrina intervillositaria. Se observa además en algunas de ellas cambios hidrópicos así como también a nivel de las membranas amniocoriales. Cordón umbilical con tres luces vasculares, de inserción velamentosa. Seguimiento: Madre: BHCG cuantitativo (17/04/2012) inferior a 1 mUI/ml. RX de tórax (17/04/2012): normal. Ecografía ginecológica (18/04/2012): normal. Laboratorio (17/04/2012): dentro de límites normales. RN: Laboratorio (17/04/2012): normal. Ecografía abdominal (17/04/2012): normal. Eco encefalograma (17/04/2012): normal. Ecocardiografía (17/04/2012): normal. **Discusión:** Este fue un caso clínico que desafió a todos los pronósticos teóricos y que llegó a buen término aun con todos los obstáculos referidos a la paciente y al servicio.

MOLA PARCIAL CON FETO VIVO DE TÉRMINO

Ramos, M. J. Llamosas, R. Ortiz, G. Cacace, A. P

Hospital Materno infantil Reina Sofía. Cruz Roja Paraguaya, Asunción.

Introducción. La mola hidatiforme es una patología del trofoblasto caracterizada por degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, que presenta hiperplasia trofoblástica y tumefacción edematosa de las vellosidades coriónicas, adquiriendo morfología de cúmulos de vesículas con aspecto de racimos de uvas. Se clasifica en mola parcial y completa. En la mola parcial existen cambios placentarios focales; el embrión rara vez sobrevive hasta el segundo trimestre, son excepcionales los partos a término. Tiene una incidencia de 0,005% a 0,001% de los embarazos, su etiopatogenia es genética con cariotipo triploide en la mayoría de los casos. **Descripción del caso:** Se describe el caso clínico de una paciente de 24 años de edad, procedente de Asunción, secundípara con gestación de 38 semanas, diabetes gestacional y probable enfermedad trofoblástica, a quien se le realiza cesárea, obteniéndose un recién nacido vivo, de sexo femenino, de término, con peso de 2970 gramos y APGAR de 8/9. En la placenta se observa una zona, con múltiples estructuras vesiculares, en forma de “racimos de uva”, compatible con mola hidatiforme parcial, diagnóstico que se confirma posteriormente con estudio histopatológico. La evolución de la paciente fue satisfactoria cursando su puerperio quirúrgico en forma favorable, por lo que se le indica su alta médica, realizándose por consulta externa seguimiento y monitorización hormonal (HCG cuantitativa) por enfermedad trofoblástica gestacional, sin datos clínicos o bioquímicos de persistencia o recurrencia. **Discusión.** El presente caso clínico corresponde a un caso de mola parcial acorde con los datos histopatológicos, pero con características clínicas inusuales. Cumple con los criterios histopatológicos sin embargo, por el examen macroscópico y microscópico de la placenta y membranas ovulares, se presume que el caso en estudio es el resultado de un embarazo simple, hecho que no coincide con lo reportado por muchos autores, quienes afirman que la coexistencia de un feto vivo con una mola, generalmente está asociada a embarazos gemelares dicigóticos. Además que la literatura reporta que en caso de mola parcial la muerte del feto generalmente se produce en el primer trimestre y rara vez llega al segundo trimestre. El feto del caso clínico en estudio alcanzó la edad gestacional de 38 semanas, que corresponde a un embarazo de término; sin embargo al respecto, se debe considerar que exista mosaicismo confinado a la placenta, es decir, que la placenta presente mezcla de células trisómicas y células diploides, mientras que el feto tiene una carga cromosómica normal, por lo cual no presentaría malformaciones evidentes como en el caso presentado, lo cual podría determinarse con estudios citogenéticos que no se pudieron realizar en la paciente.