



Coordinado por el Doctor Óscar Martínez Pérez
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia
de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Médicos colaboradores:
Dra. Pelayo Delgado, Dr. Cueto Hernández, Dra. González Garzón, Dra. Carro Campo,
Dra. Mayas Flores, Dr. Difiore, Dra. Muñoz Fernández, Dr. Cristóbal Blanco, Dra. Hernández,
Dr. Rubio López, Dra. Pérez, Dra. Fernández Dongil y Dra. Román Peña.

Os presentamos tres artículos comentados que esperamos sean de vuestro interés.

Dra. Pelayo Delgado: Ultrasound Obstetrics and Gynecology.
Dr. Cueto Hernández: Obstetrics and Gynecology.
Dra. González Garzón: American Journal Obstetrics and Gynecology.
Dra. Carro Campo: New England Journal.
Dra. Mayas Flores: Prenatal Diagnosis.
Dr. Difiore: British Journal of Obstetrics and Gynecology.
Dra. Muñoz Fernández: Prenatal Diagnosis.
Dr. Cristóbal Blanco: Gynecology Oncology.
Dra. Hernández: Human Reproduction.
Dr. Rubio López: Infertility.
Dra. Pérez: Cochrane Data base in Ob & Gin.
Dra. Fernández Dongil: Contraception.
Dra. Román Peña: CDC y ECDC, JAMA.

Dr. Oscar Martínez Pérez
Coordinador



Bibliografía

	
Comentado por	Dr. Aitor Cristóbal Blanco Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
Publicación	GYNECOLOGIC ONCOLOGY Gynecologic Oncology. Volume 116, issue 3, March 2010, pages 384-388
Título	<i>EVALUATION OF THE RISK OF MALIGNANCY INDEX IN DAILY CLINICAL MANAGEMENT OF ADNEXAL MASSES</i>

Autor/es	Petronella A.J. van den Akker a, Anette L. Aalders b, Marc P.L.M. Snijders c, Kirsten B. Kluivers a, Rahul A.K. Samlal d, Jos H.A. Vollebergh e, Leon F.A.G. Massuger.
Objetivo	Comprobar la eficacia del Índice de Riesgo de Malignidad (IRM) en la discriminación entre lesiones no invasivas (benignas y borderline) y masas anexiales malignas invasivas en la práctica clínica diaria.
Métodos	Este estudio prospectivo observacional multicéntrico se llevó a cabo con la cooperación de 11 hospitales. Se incluyó un total de 548 mujeres con masas anexiales. Las características ecográficas, el estado menopáusico y el nivel de CA 125 se determinaron preoperatoriamente, y se combinaron en el IRM. El diagnóstico final se basó en el estudio histopatológico rutinario. La decisión sobre que la cirugía se realizara por o con un ginecólogo oncólogo se basó en la impresión clínica del ginecólogo del hospital local, mediante la exploración física, analíticas y ecografía. Esta actitud se comparó con la hipotética situación en la que el IRM se hubiera aplicado como método de selección.
Resultados	Un IRM de 200 tuvo una sensibilidad de 81% y una especificidad de 85% en la detección de cáncer de ovario. El valor predictivo positivo y negativo fue de 48% y 96% respectivamente. Actualmente el 64% de las pacientes con cáncer de ovario son operadas por ginecólogos oncólogos. Este porcentaje podría aumentarse a un 80% si el IRM con un valor de corte de 200 se usase como método de selección.
Conclusión	En la población estudiada, la introducción del IRM mejoraría el manejo de las masas anexiales, con un mayor porcentaje de mujeres con cáncer de ovario operadas por ginecólogos oncólogos. Al mismo tiempo, las interconsultas de pacientes con lesiones no invasivas (benignas y borderline) se reducirían.
Comentario	<p>El rendimiento del cuidado de las pacientes con cáncer de ovario se puede mejorar mediante la estandarización de la evaluación preoperatoria. Jacobs et al elaboraron el IRM para intentar derivar correctamente a las pacientes a centros oncológicos ginecológicos. Este índice fue el primer modelo diagnóstico en combinar datos demográficos, ecográficos, y bioquímicos en la valoración de mujeres con masas anexiales. Su principal ventaja, comparada con otros procedimientos diagnósticos, es que el IMR es un sistema de puntuación sencillo que puede ser utilizado en la práctica clínica diaria y no precisa de otros métodos complejos y caros.</p> <p>Se han validado tres versiones, de manera prospectiva y retrospectiva en varios ensayos clínicos, en los que un valor del IMR igual a 200 fue el mejor para discriminar entre masas anexiales malignas y benignas con alta sensibilidad (51-90%) y especificidad (51-97%).</p> <p>El IMR se define como el producto del valor de la puntuación ecográfica (U), el estado menopáusico (M), y el nivel de CA-125:</p> $\text{IRM} = U \times M \times \text{CA-125}$ <p>La multilocularidad, la presencia de áreas sólidas, bilateralidad, ascitis y metástasis abdominales en la ecografía tienen un valor igual a 1 punto cada uno. Si aparecen dos ó más puntos, U adquiere el valor 3 y es igual a 1 si tiene menos de 2 puntos. La ecografía se realiza vía vaginal o abdominal si es necesario.</p> <p>Si la paciente es postmenopáusica, definido como más de un año de amenorrea o edad igual o superior a 50 años en mujeres con histerectomía previa, puntúan M=3. El resto de las mujeres puntúa M=1.</p> <p>El valor de CA-125 (U/mL) se introduce directamente en la ecuación.</p> <p>La capacidad del IMR para detectar diferentes tipos histológicos fue estudiado por Aslam et al en 2000, objetivando que este índice era mejor para el diagnóstico del cáncer epitelial con una sensibilidad del 93%.</p> <p>La utilización de nuevas técnicas ecográficas y mejores marcadores serológicos podrían mejorar en el futuro la calidad del poder discriminativo del IMR.</p> <p>BIBLOGRAFIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, Turner J, Frost C, Grudzinskas JG. <i>A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer.</i> Br J Obstet Gynaecol 1990;97:922–9. ● Tingulstad S, Hagen B, Skjeldestad FE, Onsrud M, Kiserud T, Halvorsen T, et al. <i>Evaluation of a risk of malignancy index based on serum CA125, ultrasound findings and menopausal status in the pre-operative diagnosis of pelvic masses.</i> Br J Obstet Gynaecol 1996;103:826–31. ● Tingulstad S, Hagen B, Skjeldestad FE, Halvorsen T, Nustad K, Onsrud M. <i>The risk-of-malignancy index to evaluate potential ovarian cancers in local hospitals.</i> Obstet Gynecol 1999;93:448–52. ● Davies AP, Jacobs I, Woolas R, Fish A, Oram D. <i>The adnexal mass: benign or malignant? Evaluation of a risk of malignancy index.</i> Br J Obstet Gynaecol 1993; 100:927–31. ● Morgante G, la Marca A, Ditto A, De Leo V. <i>Comparison of two malignancy risk indices based on serum CA125, ultrasound score and menopausal status in the diagnosis of ovarian masses.</i> Br J Obstet Gynaecol 1999;106:524–7. ● Aslam N, Tailor A, Lawton F, Carr J, Savvas M, Jurkovic D. <i>Prospective evaluation of three different models for the pre-operative diagnosis of ovarian cancer.</i> BJOG 2000;107:1347–53. ● Manjunath AP, Pratapkumar, Sujatha K, Vani R. <i>Comparison of three risk of malignancy indices in evaluation of pelvic masses.</i> Gynecol Oncol 2001;81:225–9. ● Mol BW, Boll D, De Kanter M, Heintz AP, Sijmons EA, Oei SG, et al. <i>Distinguishing the benign and malignant adnexal mass: an external validation of prognostic models.</i> Gynecol Oncol 2001;80:162–7. ● Torres JC, Derchain SF, Faundes A, Gontijo RC, Martinez EZ, Andrade LA. <i>Risk-of-malignancy index in preoperative evaluation of clinically restricted ovarian cancer.</i> Sao Paulo Med J 2002;120:72–6. ● Andersen ES, Knudsen A, Rix P, Johansen B. <i>Risk of malignancy index in the preoperative evaluation of patients with adnexal masses.</i> Gynecol Oncol 2003;90: 109–12. ● Obeidat BR, Amarin ZO, Latimer JA, Crawford RA. <i>Risk of malignancy index in the preoperative evaluation of pelvic masses.</i> Int J Gynaecol Obstet 2004;85:255–8. ● Bailey J, Tailor A, Naik R, Lopes A, Godfrey K, Hatem HM, et al. <i>Risk of malignancy index for referral of ovarian cancer cases to a tertiary center: does it identify the correct cases?</i> Int J Gynecol Cancer 2006;16(Suppl 1):30–4. ● van Trappen PO, Rufford BD, Mills TD, Sohaib SA, Webb JA, Sahdev A, et al. <i>Differential diagnosis of adnexal masses: risk of malignancy index, ultrasonography, magnetic resonance imaging, and radioimmunoscintigraphy.</i> Int J Gynecol Cancer 2007;17:61–7. ● Ulusoy S, Akbayir O, Numanoglu C, Ulusoy N, Odabas E, Gulkilik A. <i>The risk of malignancy index in discrimination of adnexal masses.</i> Int J Gynaecol Obstet 2007;96:186–91.





Comentado por	Dr. Ángel Rubio Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
Publicación	FERTILITY AND STERILITY Fertility and Sterility. Vol. 93, No. 3, February 2010: 894-899
Título	EARLY FOLLICLE DEVELOPMENT ALTERS THE RELATIONSHIP BETWEEN ANTRAL FOLLICLE COUNTS AND INHIBIN B AND FOLLICLE-STIMULATING HORMONE LEVELS ON CYCLE DAY 3. EL DESARROLLO FOLICULAR TEMPRANO ALTERA LA RELACIÓN ENTRE EL RECUENTO DE FOLÍCULOS ANTRALES Y LOS NIVELES DE INHIBINA B Y FSH EN EL DÍA TERCERO DEL CICLO.
Autor/es	Michael Grynberg, M.D., Estelle Feyereisen, M.D., Juliano Brum Scheffer, M.D., Panayotis Koutroubis, M.D.,a Rene Frydman, M.D.,and Renato Fanchin, M.D., Ph.D.
Objetivo	Verificar si durante la transición lútea-folicular, una producción aumentada de Inhibina B por la presencia de folículos de un tamaño aumentado, modifica la relación esperada entre el número de folículos antrales y los valores de Inhibina B y FSH.
Diseño	Trabajo prospectivo.
Pacientes	192 mujeres normoovuladoras.
Intervenciones	Nivel de Inhibina B, FSH y Número de folículos antrales (3-12mm) medidos en el día tercero del ciclo menstrual.
Principales medidas determinadas	La relación de los valores hormonales medidos en dos grupos de pacientes, por un lado las que presentaban al menos un folículo antral de un tamaño superior a 7mm y por otro las que no contaban con él.
Resultados	Los niveles de Inhibina B y de FSH se correlacionaron con el número de folículos antrales, pero esta correlación fue superior en el grupo sin folículos aumentados de tamaño (coeficiente de correlación de 0.51 y de 0.55 respectivamente), que en el grupo con folículos mayores ($r= 0.24$ y 0.28).
Conclusión	El tamaño de los folículos antrales influyen en los valores de FSH e Inhibina B, y altera su relación con el número de estos folículos en día 3 del ciclo. Estos resultados contribuyen a clarificar el papel de los niveles de FSH e Inhibina B como marcadores de reserva ovárica.
Palabras clave	Inhibina B, FSH, recuento de folículos, reserva ovárica, ciclo menstrual.
Comentario	<p>Este artículo nos ha parecido de importancia porque trata aspectos relacionados con la reserva ovárica que presenta un papel clave en nuestro manejo terapéutico de las pacientes que encontramos en nuestro trabajo clínico diario.</p> <p>Los autores diseñaron este trabajo para revisar la hipótesis de que el desarrollo temprano folicular en la transición lútea-folicular puede alterar la relación esperada entre el número de folículos antrales y los valores de FSH e Inhibina B. Partieron de la aseveración que los folículos con un tamaño superior a la media podrían producir Inhibina B de manera independiente, en mayor medida que aquellos con un tamaño dentro del adecuado, episodio que podría disociar la relación entre los diferentes marcadores de reserva ovárica.</p> <p>Desde un punto de vista clínico este trabajo también intenta aportar algo de claridad al debate sobre la predictibilidad en la baja reserva ovárica de estos marcadores hormonales (1, 2, 3).</p> <p>Estos investigadores enfatizan en la importancia de los folículos que durante la transición lúteo-folicular se encuentran con un tamaño aumentado o con unos valores fuera de la media para esa fase del ciclo, lo que es un hecho muy frecuente en pacientes con edad avanzada, una población que requiere una determinación muy exacta de su estado hormonal (4, 5).</p> <p>Los datos aportados muestran que las pacientes que presentan un folículo con un tamaño mayor de la media tenían un número de folículos antrales menor y un ciclo menstrual más corto que aquellas que no los presentaban. Estas pacientes además contaban con una correlación menor entre los valores de Inhibina B y FSH con el número de folículos antrales.</p> <p>Esto puede indicar que en pacientes con un número reducido de folículos antrales pero con un tamaño superior a la normalidad presentan valores elevados de Inhibina B y por tanto niveles reducidos de FSH. La correlación entre el tamaño de estos folículos y los valores de Inhibina B (relación positiva) y de FSH (relación negativa) apoya esta afirmación, como así indican otros autores (6).</p> <p>Además se objetiva en este estudio que las pacientes con un número de folículos antrales escaso pero con un tamaño elevado (>7mm), contaban con unos valores de FSH y de Inhibina B iguales que aquellas con un número y tamaño de folículos antrales correcto.</p> <p>Las mujeres con al menos un folículo antral de más de 7 mm también presentaban una ligera elevación en el nivel de estradiol. Esta relación ya ha sido estudiada y posiblemente se explique por la forma en la expresión de la enzima aromatasasa que se encuentra en las células del folículo, así el nivel de estradiol va aumentando en relación con el tamaño del mayor folículo antral. De todos modos es posible que la secreción de Inhibina B preceda a dicho mecanismo (7, 8).</p> <p>Como conclusión los autores afirman que la presencia de folículos antrales con un crecimiento acelerado en día tercero del ciclo menstrual altera la relación entre los diferentes marcadores de reserva ovárica.</p> <p>Este fenómeno nos debe hacer pensar en la no conveniencia de utilizar solo los valores de FSH e Inhibina B como predictores del estado y la respuesta del ovario.</p> <p>Para definir realmente un diagnóstico en relación con la reserva ovárica se debería realizar (según los autores) una ecografía muy cuidadosa valorando no solo el número sino también el tamaño de los folículos antrales.</p> <p>Medidas como un aporte exógeno de Estradiol en la fase lútea o la administración premenstrual de un antagonista podría</p>

prevenir la selección prematura folicular en la transición lútea-folicular y aumentar el valor predictivo de los niveles de FSH y de Inhibina B (9, 10).


La hormona antiMulleriana, una glicoproteína secretada por las células de la granulosa parece ser independiente de los valores de FSH tanto en folículos cíclicos como en los no cíclicos y no depender de las alteraciones en el desarrollo de los folículos antrales, por tanto no tendría los problemas antes detectados, aunque para afirmar esto se necesitan la realización de más estudios al respecto (11, 15).

BIBLIOGRAFÍA

1. Corson SL, Gutmann J, Batzer FR, Wallace H, Klein N, Soules MR. *Inhibin- B as a test of ovarian reserve for infertile women.* Hum Reprod 1999;14:2818–21.
2. van Rooij IA, de Jong E, Broekmans FJ, Looman CW, Habbema JD, te Velde ER. *High follicle-stimulating hormone levels should not necessarily lead to the exclusion of subfertile patients from treatment.* Fertil Steril 2004;81:1478–85.
3. Phoppong P, Ranieri DM, Khadum I, Meo F, Serhal P. *Basal 17beta-estradiol did not correlate with ovarian response and in vitro fertilization treatment outcome.* Fertil Steril 2000;74:1133–6.
4. KleinNA, Harper AJ, Houmard BS, Sluss PM, SoulesMR. *Is the short follicular phase in older women secondary to advanced or accelerated dominant follicle development?* J Clin Endocrinol Metab 2002;87:5746–50.
5. Santoro N, Isaac B, Neal-Perry G, Adel T, Weingart L, Nussbaum A, et al. *Impaired folliculogenesis and ovulation in older reproductive aged women.* J Clin Endocrinol Metab 2003;88:5502–9.
6. Haadsma ML, Bukman A, Groen H, Roeloffzen EM, Groenewoud ER, Heineman MJ, et al. *The number of small antral follicles (2-6 mm) determines the outcome of endocrine ovarian reserve tests in a subfertile population.* Hum Reprod 2007;22:1925–31.
7. Erickson GF, Hsueh AJ, Quigley ME, Rebar RW, Yen SS. *Functional studies of aromatase activity in human granulosa cells from normal and polycystic ovaries.* J Clin Endocrinol Metab 1979;49:514–9.
8. Groome NP, Illingworth PJ, O'Brien M, Pai R, Rodger FE, Mather JP, et al. *Measurement of dimeric inhibin B throughout the human menstrual cycle.* J Clin Endocrinol Metab 1996;81:1401–5.
9. Fanchin R, Cunha-Filho JS, Schonauer LM, Righini C, de Ziegler D, Frydman R. *Luteal estradiol administration strengthens the relationship between day 3 follicle-stimulating hormone and inhibin B levels and ovarian follicular status.* Fertil Steril 2003;79:585–9.
10. Fanchin R, Castelo Branco A, Kadoch IJ, Hosny G, Bagirova M, Frydman R. *Premenstrual administration of gonadotropin-releasing hormone antagonist coordinates early antral follicle sizes and sets up the basis for an innovative concept of controlled ovarian hyperstimulation.* Fertil Steril 2004;81:1554–9.
11. Eldar-Geva T, Ben-Chetrit A, Spitz IM, Rabinowitz R, Markowitz E, Mimoni T, et al. *Dynamic assays of inhibin B, anti-Mullerian hormone and estradiol following FSH stimulation and ovarian ultrasonography as predictors of IVF outcome.* Hum Reprod 2005;20:3178–83.
12. Vigier B, Picard JY, Tran D, Legeai L, Josso N. *Production of anti- Mullerian hormone: another homology between Sertoli and granulosa cells.* Endocrinology 1984;114:1315–20.
13. Baarends WM, Uilenbroek JT, Kramer P, Hoogerbrugge JW, van Leeuwen EC, Themmen AP, et al. *Anti-mullerian hormone and anti-mullerian hormone type II receptor messenger ribonucleic acid expression in rat ovaries during postnatal development, the estrous cycle, and gonadotropin- induced follicle growth.* Endocrinology 1995;136:4951–62.
14. Durlinger AL, Visser JA, Themmen AP. *Regulation of ovarian function: the role of anti-Mullerian hormone.* Reproduction 2002;124:601–9.
15. Weenen C, Laven JS, Von Bergh AR, Cranfield M, Groome NP, Visser JA, et al. *Anti-Mullerian hormone expression pattern in the human ovary: potential implications for initial and cyclic follicle recruitment.* Mol Hum Reprod 2004;10:77–83.



	
Comentado por	Dra. Irene Pelayo Delgado Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
Publicación	ULTRASOUND OBSTET GYNECOL Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 35: 228–232
Título	ASSESSMENT OF CYST CONTENT USING MEAN GRAY VALUE FOR DISCRIMINATING ENDOMETRIOMA FROM OTHER UNILOCULAR CYSTS IN PREMENOPAUSAL WOMEN. EVALUACIÓN DEL CONTENIDO QUÍSTICO USANDO EL VALOR GRIS MEDIO PARA LA DISCRIMINACIÓN DE LOS ENDOMETRIOMAS OVÁRICOS DE OTROS QUISTES UNILOCULARES EN LA MUJER PREMENOPÁUSICA.
Autor/es	J. L. Alcázar*, M. León†, R. Galván* and S. Guerreiro‡ Departments of Obstetrics and Gynecology, *Clínica Universitaria de Navarra, University of Navarra, Pamplona, Spain, †Clínica Instituto Diagnóstico SA, Santiago, Chile and ‡Ospedale San Giovanni di Dio, University of Cagliari, Cagliari, Italy.
Objetivos	Evaluar si el análisis del contenido quístico, utilizando valor gris medio (VGM), puede diferenciar los endometriomas ováricos de

Métodos	<p>otros quistes de ovario uniloculares en las mujeres premenopáusicas.</p> <p>Se analizaron los volúmenes almacenados capturados con ecografía en tres dimensiones (3D) de 54 quistes uniloculares ováricos diagnosticados en 50 mujeres premenopáusicas (edad media: 37 años; rango 22-50 años) para calcular el VGM del contenido quístico. Se excluyeron los quistes con componente sólido o tabiques. El VGM se calculó en todos los casos con la Técnica del Análisis del Órgano Virtual asistida por Ordenador (<i>Virtual Organ Computer-aided Análisis, VOCALTM</i>). También se registró el diagnóstico de presunción basado en la impresión subjetiva del ecografista en modo B.</p>
Resultados	<p>Dieciséis quistes se resolvieron espontáneamente y recibieron un diagnóstico clínico final de quiste hemorrágico funcional, mientras que 38 quistes fueron extirpados quirúrgicamente (diagnosticados histológicamente como siete quistes simples, tres quistes hemorrágicos, 20 endometriomas, cinco quistes mucinosos y tres quistes de paraovario). Los diagnósticos en modo B fueron los siguientes: siete quistes simples, 18 quistes hemorrágicos, 24 endometriomas, tres quistes mucinosos y dos quistes de paraovario. El VGM fue significativamente mayor en los endometriomas ováricos en comparación con todos los demás tipos de quiste. La curva ROC mostró que el uso de un valor de VGM $\geq 15,560$ tenía una sensibilidad del 85% y una especificidad del 76,5% para el diagnóstico de endometrioma ovárico (área bajo la curva, 0,831; IC 95%: 0.718-0.944). Estos valores fueron similares a los del diagnóstico en modo B (sensibilidad, 90%; especificidad, 82%) (prueba de McNemar, $p=1,000$). La combinación del modo B y el VGM dió una sensibilidad del 80% y una especificidad del 91%.</p>
Conclusión	<p>El VGM del contenido quístico es mayor en los endometriomas ováricos que en otros quistes uniloculares de ovario. El rendimiento diagnóstico del VGM es similar a la impresión subjetiva del ecografista. La combinación de ambos criterios consigue la mayor especificidad.</p>
Comentario	<p>La endometriosis es una patología común cuya prevalencia exacta es difícil de determinar. Su afectación principal se centra en el ovario formando los quistes endometriósicos.</p> <p>En la ecografía bidimensional, los endometriomas ováricos aparecen típicamente como formaciones quísticas hipocogénicas con contenido difuso de ecos de baja intensidad. Sin embargo, pueden encontrarse como quistes anecoicos o masas de aspecto sólido que pueden confundir su diagnóstico.</p> <p>La ecografía tridimensional permite calcular el valor gris medio (VGM) basado en la Técnica del Análisis del Órgano Virtual asistida por Ordenador (Virtual Organ Computer-aided Análisis, VOCALTM). El VGM representa la media de intensidad de la escala de grises de los voxels (la unidad más pequeña de volumen) de la región a estudio. El VGM aporta, por tanto, un valor objetivo de la caracterización tisular por ultrasonidos, una cuantificación objetiva de la graduación de la escala de grises en el tejido en la ecografía tridimensional (i). Su valor oscila entre 0, si los voxels son negros, (mínima ecogenicidad como p. e. en el agua) hasta 100 si éstos son blancos (máxima ecogenicidad como p. e. en el hueso).</p> <p>En este estudio se analizó el VGM tanto del contenido de la formación quística como de su pared.</p> <p>Por otra parte, al hablar de formaciones ováricas, hay que distinguir entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quiste simple: formación sonoluscente de pared fina (< 3mm) de diámetro superior a 30 mm, sin septos ni papilas (ii) - Endometrioma ovárico: quiste hipocogénico con ecos de baja intensidad difusos en su interior (iii) - Quiste hemorrágico: Formación quística con bandas de fibrina y/o coágulo en su interior (iv) - Quiste mucinoso: quiste con contenido ecogénico variable (v) <p>En este trabajo se excluyeron todos los quistes con proyecciones papilares, áreas sólidas, tabiques o características propias de los quistes dermoides por la posible interferencia en el cálculo del VGM.</p> <p>Al analizar los valores del VGM en las diferentes formaciones ováricas, se concluye que, mientras que no existen diferencias para el VGM de la pared de los quistes, el VGM del contenido de los quistes endometriósicos es superior. Con un valor de corte de VGM $\geq 15,560$ se obtuvo una sensibilidad del 85% y una especificidad del 76,5% para el diagnóstico de endometrioma ovárico (área bajo la curva, 0,831; IC 95%: 0.718-0.944). Si además se combinaba este parámetro con el diagnóstico ecográfico en modo B, se mejoraba la rentabilidad de la ecografía alcanzándose una sensibilidad del 80% y una especificidad del 91%.</p> <p>Por tanto el valor del VGM aporta un valor objetivo, fácilmente mensurable, que podría contribuir a afinar el diagnóstico ecográfico de las formaciones quísticas ováricas.</p> <hr/> <p>i. Alcázar JL, Galán MJ, García-Manero M, Guerriero S. <i>Three dimensional ultrasound morphologic assessment in complex adnexal masses: preliminary experience</i>. J Ultrasound Med 2003; 22: 249–254.</p> <p>ii. Castillo G, Alcázar JL, Jurado M. <i>Natural history of sonographically detected simple unilocular adnexal cysts in asymptomatic postmenopausal women</i>. Gynecol Oncol 2004; 92: 965–969.</p> <p>iii. Alcázar JL, Laparte C, Jurado M, López-García G. <i>The role of transvaginal ultrasonography combined with color velocity imaging and pulsed Doppler in the diagnosis of endometrioma</i>. Fertil Steril 1997; 67: 487–491.</p> <p>iv. Patel MD, Feldstein VA, Filly RA. <i>The likelihood ratio of sonographic findings for the diagnosis of hemorrhagic ovarian cysts</i>. J Ultrasound Med 2005; 24: 607–614.</p> <p>v. Caspi B, Hagay Z, Appelman Z. <i>Variable echogenicity as a sonographic sign in the preoperative diagnosis of mucinous ovarian tumors</i>. J Ultrasound Med 2006; 25: 1583–1585.</p>
Descarga de archivos	<p>Assessment of cyst content using ...  (1.6 Mb)</p>



Artículos de ginecólogos españoles

Seguiremos con nuestro apartado para los artículos de grupos españoles que sean publicados en revistas que se encuentren en la revisión *Medline*. Para ello limitemos la búsqueda siguiendo los procedimientos del *Medline* pero si algún autor publica en el extranjero y no lo citamos nos gustaría que nos lo comunicara vía e-mail a omartinezp@sego.es



ATENCIÓN AL USUARIO

Para todos aquellos que necesitéis recibir tanto vuestra contraseña como código de usuario para poder acceder a nuestra página Web, debéis poneros en contacto llamando al teléfono 902 555 013 o bien a la dirección de correo atencionusuario@sego.es y solicitar dicha información.

Asimismo, se podrá facilitar también una nueva cuenta de correo electrónico, en el caso de necesitarla.

Vd. recibe esta publicación electrónica como socio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Copyright SEGO
P.º de la Habana, 190, Bajo. 28036 - Madrid
Tel.: 91 350 98 16 - Fax: 91 350 98 18
e-mail: sego@sego.es