



Coordinado por el doctor Oscar Martínez Pérez
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Infanta Elena. Valdemoro, Madrid

Médicos colaboradores:
Dra. Carro Campos, Dr. Cueto Hernández,
Dra. Fraga Campo, Dra. De Felipe Jiménez,
Dra. Roman de la Peña, Dr. Rodríguez Candia,
Dra. González Rodríguez, Dra. Mayas Flores,
Dr. Sevilla Ros y Dra. González Garzón de Zumarraga.

Este mes nos hemos centrado en artículos de temas con menor evidencia. Es importante reseñar que hay asuntos muy frecuentes que sin embargo no disponen de la suficiente evidencia y sobre estos la variabilidad de la práctica clínica es demasiado amplia.

Dr. Oscar Martínez Pérez
Coordinador



Bibliografía



Publicación

ULTRASOUND OBSTET GYNECOL
Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 33: 530–537

Título

CÁLCULO DEL VOLUMEN DE ESTRUCTURAS INTRACRANEALES EN FETOS CON CRECIMIENTO ACORDE Y CON CRECIMIENTO RESTRINGIDO MEDIANTE EL EMPLEO DE LA ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL.

Autor/es

A. Benavides-Serralde, E. Hernández Andrade, J. Fernández-Delgado, W. Plasencia, M. Scheier, F. Crispi, F. Figueras, K. H. Nicolaidis †, E. Ggratacos.

Objetivos

Evaluar la viabilidad y reproducibilidad del cálculo del volumen de estructuras fetales intracraneeales empleando la ecografía tridimensional y estimar las diferencias de volumen de estructuras intracraneeales entre fetos con crecimiento intrauterino restringido (RCIU) y fetos con crecimiento acorde para edad gestacional (AEG).

Método

Se calculó el volumen del cerebelo, tálamos, intracraneal global y frontal de 39 fetos con RCIU y 39 fetos AEA de entre 28 y 34 semanas de gestación mediante el empleo de la ecografía tridimensional y el programa Virtual Organ Computer-aided Analysis (VOCAL).


Se estimaron los volúmenes, los ratios y se calcularon las diferencias entre los fetos con RCIU y los fetos AEG. Las mediciones de volumen fueron realizadas por dos observadores y se calculó el coeficiente de correlación inter e intraobservador para cada estructura.


Resultados

Se obtuvieron de forma satisfactoria los volúmenes en todos los fetos. Todos los volúmenes excepto el del tálamo ($p=0.23$) fueron significativamente menores en los fetos con RCIU ($P=0.001$). Después de ajustar el volumen del diámetro biparietal el

Conclusiones	<p>volumen frontal fue significativamente más pequeño ($p=0.02$) y el volumen del tálamo significativamente mayor ($p=0.03$) en los fetos con RCIU respecto los fetos AEG.</p> <p>Sólo se encontraron diferencias significativas en los ratios de estructuras de la región frontal entre ambos grupos. Los coeficientes de correlación entre los observadores fueron: volumen total intracraneal 0,97 (IC 95%, 0,92-0,98), volumen cerebeloso 0,69 (IC 95%, 0,44-0,75), volumen frontal 0,66 (IC 95%, 0,42-0,79) y volumen talámico 0,54 (CI 95%, 0,37-0,72).</p>
Palabras clave	<p>los fetos con RCIU presentan diferencias de volumen de estructuras intracraneales en comparación con fetos AEG, encontrando la mayor diferencia en la región frontal. Estas diferencias podrían explicarse debido el proceso intrauterino de reorganización neuronal provocado por la hipoxia crónica que desarrollan los fetos RCIU.</p>
Comentario	<p>Ecografía tridimensional, cerebro fetal, restricción de crecimiento intrauterino, cálculo de volumen.</p> <p>Los fetos con RCIU presentan mayor riesgo de presentar signos de daño cerebral al nacimiento. Estudios realizados en neonatos y en adultos jóvenes con RCIU fetal han mostrado que el daño neurológico puede manifestarse en etapas más tardías de la vida como en puntuaciones bajas en test de desarrollo neurológico y función cognitiva reducida. Estudios neonatales han demostrado gracias al empleo de la biometría cerebral fetal y medidas de volumen la existencia de crecimiento restringido en determinadas regiones del cerebro de los fetos con RCIU y que pueden explicar las alteraciones del desarrollo neurológico posteriores. Se desconoce cuando ocurren estos cambios en la vida fetal.</p> <p>Gracias al empleo del programa Virtual Organ Computer-aided Analysis (VOCAL) se han podido describir los valores de referencia de volúmenes cerebrales y del cerebelo en fetos sanos en función de la edad gestacional, pero no hay publicados los valores de volumen en fetos con RCIU. La importancia de subsanar esta falta de información deriva de los estudios realizados en neonatos que sugieren que diferentes áreas intracraneales podrían verse afectadas en el crecimiento intrauterino restringido.</p> <p>Los fetos con RCIU presentan una redistribución del flujo arterial intracraneal estudiado por el power-Doppler y el cálculo del volumen del flujo arterial. Pensamos que estos cambios pueden relacionarse con cambios en el crecimiento y en el volumen de distintas regiones del cerebro. Se estudiaron 39 fetos con RCIU y 39 fetos con AEG clasificados, a su vez, en función de la edad gestacional (\pm una semana).</p> <p>Se definió RCIU como el feto con un peso fetal estimado $< P10$ y un IP de la AU $> P95$.</p> <p>Ecógrafo empleado: Voluson 730 Expert (GE Healthcare, Milwaukee, WI, USA)</p> <p><i>Obtención de los volúmenes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● En ausencia de movimientos fetales y maternos. ● El ángulo de barrido de volumen se fijó en 80°, no se empleó zoom. Se obtuvieron dos volúmenes cerebrales en cada feto, el primero se obtuvo a partir de un corte axial a nivel del DBP del feto para valorar el tálamo, región frontal e intracraneal y otro corte axial con una inclinación anterior de $15-20^\circ$ respecto el anterior para valorar el cerebelo. ● Los volúmenes se adquirieron a partir del corte axial en el estudio multiplanar respecto los tres ejes del espacio y el empleo manual del programa VOCAL en 4D en 15° (desde 0 a 180°). ● El cálculo de los volúmenes se realizó offline por dos operadores, uno de los cuales desconocía las características clínicas de las pacientes ● Se seleccionó el volumen total intracraneal como volumen de referencia respecto el resto de las estructuras y como volumen empleado para comparar los resultados obtenidos con los publicados en fetos AEG. ● Se estudió el lóbulo frontal porque es una región que se ha visto estar afectada en los neonatos con crecimiento restringido en la vida fetal, disminuyendo su tamaño. ● Se estudió el tálamo debido a su función de conexión de casi todas las funciones neuronales centrales y al cerebelo por su función motora. ● Se calcularon los ratios de las regiones evaluadas, las diferencias de los volúmenes fueron estudiadas mediante el test de la T de Student y las diferencias entre ambos grupos fueron analizadas mediante al test de U Mann Whitney. ● Se aplicó un estudio de regresión múltiple para probar la hipótesis de que los fetos con RCIU presentaban volúmenes cerebrales menores que los volúmenes controles independientemente del tamaño de la cabeza, ajustando el resultado al valor del DBP; de manera que la variable dependiente fue volumen cerebral parcial y la variable independiente fue una variable de RCIU dicotomizada.



Publicación	
Título	<p>OBSTETRICS AND GYNECOLOGY Obstet Gynecol 2003; 102:1299 –305.</p> <p>INCONTINENCIA FECAL TRAS PARTOS DE ALTO-RIESGO (DE LESIÓN DEL ESFÍNTER ANAL)</p> <p><i>INCONTINENCE AFTER HIGH-RISK DELIVERY</i></p>
Autor/es	<p>Pauline Chiarelli, PhD, Barbara Murphy, PhD, and Jill Cockburn, PhD.</p>
Objetivo	<p>Investigar la prevalencia y los factores asociados con la incontinencia fecal y los sus síntomas precursores en mujeres de alto riesgo a los 12 meses postparto.</p> <p>METODOS: Se realizó el seguimiento a las pacientes el postparto inmediato y 12 meses postparto.</p> <p>Participaron 568 mujeres con "alto riesgo" de lesión del esfínter anal, es decir las que tuvieron un parto instrumental o cuyo feto fue macrosómico (peso mas de 4000 o más) en Hospitales Terciarios de Australia (3 centros).</p>

	<p>A las mujeres participantes se le realizó una encuesta durante su ingreso hospitalario y una entrevista telefónica a los 12 meses postparto.</p> <p>Los puntos fundamentales del estudio fueron la incontinencia grave de heces (sólidas y/o deposición de heces líquidas) y los síntomas precursores (incontinencia de gases, encopresis, y/o urgencia defecativa) a los 12 meses postparto.</p>
Resultados	<p>La prevalencia fue del 2.6 % para deposiciones sólidas y del 4.9% para deposiciones líquidas.</p> <p>En general, el 6.9% de las mujeres tuvieron o uno o los dos síntomas de incontinencia genuina de heces.</p> <p>Las prevalencias para la incontinencia de gases fue del 24.4%, para la encopresis del 10.9% y del 14.8% para la urgencia defecatoria. En general, el 32, 4% de las pacientes tuvieron al menos uno de los síntomas precursores.</p> <p>Además, la hipermovilidad uretral y la edad materna superior a 35 años se asociaron con de incontinencia genuina de heces, así como la incapacidad de "parar" el flujo urinario durante la micción y la multiparidad se asociaron a los síntomas precursores.</p>
Conclusión	<p>Los presentes hallazgos como el ser mayor de 35 años, múltipara y pacientes con hipermovilidad uretral suponen un riesgo aumentado para la aparición de incontinencia anal si ocurre tras un parto de alto riesgo.</p> <p>La presencia de incontinencia de orina concomitante, la inestabilidad (dificultad) para la interrupción del flujo urinario durante la micción y el estreñimiento pueden también asociar con la incontinencia fecal postparto tras partos de alto riesgo.</p>
Comentario	<p>En primer lugar, el propio diseño del estudio y el posible sesgo de selección por "parto de riesgo" (solo considera a para el estudio aquellas pacientes con macrosomía fetal y parto instrumental. Lo que explicaría una menor prevalencia en términos globales respecto a otras series más amplias sin selección de los casos y tampoco tiene en cuenta las posibles lesiones del esfínter no diagnosticadas u ocultas.</p> <p>Por otro lado llama la atención que este grupo de riesgo no es significativa la asociación entre Parto instrumental /Trauma perineal (episiotomía y/o desgarros obstétricos que requieren sutura).</p> <p>De hecho la reflexión que deja ver es la importancia de la lesión neurológica (de ahí su asociación con la hipermovilidad uretral +/- Incontinencia de orina y el estreñimiento) más importante que los desgarros o lesiones totales o parciales del esfínter anal.</p> <p>Pero nos plantea la duda: ¿Deberíamos evitar los partos vaginales de las múltiparas, mayores de 35 años, obesas, con fetos macrosómicos?... o en estos casos de "Riesgo" fueran valoradas de forma precoz en unidades multidisciplinarias para que se iniciara una reeducación precoz del Suelo Pélvico.</p>
Descarga de archivos	<p>Fecal Oncontinence After High-Risk Delivery  (102 Kb)</p>



	
Publicación	<p>GYNECOLOGIC ONCOLOGY Gynecologic Oncology 113 (2009) 277–283.</p>
Título	<p>MANEJO DE LAS MUJERES CON CARCINOMA ENDOMETRIAL DE CÉLULAS CLARAS. REVISION DE LA SOCIEDAD DE ONCOLOGIA GINECOLÓGICA (SOG)</p>
Autor/es	<p>Alexander B. Olawaiye , David M. Boruta II</p>
Objetivo	<p>El cáncer endometrial de células claras (CCE) es una infrecuente pero importante enfermedad debido a su comportamiento agresivo. Además, los estudios prospectivos, randomizados son demasiado difíciles o imposibles debido al pequeño número de mujeres afectadas. Esta revisión analiza las diferencias entre el cáncer de endometrio de células claras y el endometriode. Además, utiliza la evidencia disponible para determinar el mejor manejo.</p>
Métodos	<p>Se buscó mediante Medline todas las publicaciones en inglés entre el 1 de enero de 1966 y 31 de diciembre de 2008 donde la población estudiada incluía a las mujeres diagnosticadas con CCE. Los estudios clasificados tenían al menos 30 pacientes.</p>
Resultados	<p>La histología de células claras se diagnostica en menos del 6% de todos los cánceres endometriales y su incidencia aumenta con edad. El diagnóstico se puede realizar utilizando las mismas pruebas que se usan en el diagnóstico de otros tipos de cáncer de endometrio.</p> <p>La histología de células claras es morfológica y genéticamente diferente de la histología más frecuente del cáncer de endometrio que es el endometriode. Comparte muchas semejanzas con las neoplasias de células claras del ovario y del riñón.</p> <p>El estadiaje quirúrgico integral es crítico para planificar el manejo postoperatorio apropiado. La radioterapia adyuvante abdominal pélvica y/o abdominal total no ha demostrado ser claramente beneficiosa en mujeres diagnosticadas de cáncer endometrial de células claras. La quimioterapia adyuvante con el cisplatino, taxol y la doxorubicina en una combinación de doblete o triplete ha demostrado ser eficaz.</p>
Conclusiones	<p>Las mujeres diagnosticadas con CCE requieren un estadiaje quirúrgico integral. La quimioterapia adyuvante basada en el platino en un doblete o triplete conjuntamente con paclitaxel y/o doxorubicina se debe considerar como parte del tratamiento de estas mujeres. Se indica un seguimiento cuidadoso a largo plazo dado el índice más alto de recidiva en comparación con el cáncer de endometrio endometriode.</p>
Descarga de archivos	<p>Management of women with clear cell endometrial...  (186 Kb)</p>



Publicación

FERTIL STERIL
Fertil Steril 2009;91:1215–23.

Título

LOS MIOMAS Y LA INFERTILIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA ACTUALIZADA DE LA EVIDENCIA.

Autor/es

Elizabeth A. Pritts, MD a, William H. Parker, MD b, David L. Olive, MD a.

Objetivo

Investigar el efecto de los miomas en la fertilidad y de la miomectomía para mejorar los resultados.

Diseño

Revisión sistemática de la literatura y meta-análisis de estudios controlados.

Centro

Centro privado de endocrinología reproductiva e infertilidad.

Pacientes estudiadas

Mujeres con miomas e infertilidad.

Intervención

Una revisión sistemática de la literatura, la extracción y análisis de datos.

Principales resultados medibles

Tasa de embarazo, tasa de aborto espontáneo, relación de embarazo y tasa de nacidos vivos, tasa de implantación, y la tasa de parto prematuro en mujeres con y sin miomas, y en las mujeres que se sometieron a una miomectomía.

Resultados

En las mujeres con miomas subserosos no existen diferencias en sus resultados de fertilidad en comparación con las mujeres infértiles del grupo control sin miomas, y la miomectomía no cambia estos resultados en comparación con las mujeres con miomas in situ.

Las mujeres con miomas intramurales parecen tener disminuida la tasa de fecundidad y aumentada la de aborto en comparación con las mujeres sin tales tumores, pero la calidad de los estudios revisados es deficiente.

La miomectomía no aumenta significativamente la tasa de embarazo y la de natalidad, pero los datos son escasos.

Los miomas submucosos dan lugar a una disminución de porcentaje de embarazo y tasas de implantación menores en comparación con los sujetos control. La eliminación de los miomas submucosos sí parece que pueda mejorar la fertilidad.

Conclusión

Los resultados de fertilidad se redujeron en las mujeres con miomas submucosos, y su exéresis parece proporcionar beneficio.

Los miomas subserosos no afectan los resultados de fertilidad, y la eliminación no confiere beneficio alguno.

Los miomas intramurales parecen disminuir la fecundidad, pero los resultados del tratamiento son inciertos. Se necesitan más estudios y de mejor calidad enfocados a determinar el valor de la miomectomía para los fibromas intramurales, centrándose en cuestiones como el tamaño, el número y la proximidad al endometrio.

Descarga de archivos

[Fibroids and ifertility: an updated systematic review of the evidence](#)  (160 Kb)



Publicación

FERTIL STERIL
Fertil Steril 2009;91:694-7.

Título

AGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA PARA LA PREVENCIÓN DEL DAÑO OVÁRICO INDUCIDO POR QUIMIOTERAPIA: ESTUDIO RANDOMIZADO PROSPECTIVO.

Autor/es


Ahmed Badawy, M.D., aAboubakr Elnashar, M.D., Mohamed El-Ashry, M.D., and May Shahat, M.D.

Objetivo

Determinar si la administración de agonistas GnRH. antes y durante la combinación quimioterápica para el cáncer de mama podría preservar la función ovárica postratamiento en mujeres jóvenes o no.

Diseño

Estudio prospectivo randomizado controlado.

Escenario	Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Mansura, Mansura, Egipto.
Paciente(s)	Se incluyeron en el estudio 80 pacientes con adenocarcinoma unilateral de mama y sin metástasis intervenidas de mastectomía radical o cirugía conservadora de mama con disección ganglionar axilar completa. Las pacientes fueron asignadas de forma randomizada a recibir de manera combinada agonistas GnRH y quimioterapia o quimioterapia sola. Una mujer en cada grupo abandonó el estudio.
Medida(s) principal(es) de resultados	El retorno espontáneo de la menstruación y ovulación. Cambios hormonales (FSH, LH, E2, P) durante y después del curso del tratamiento.
Resultado(s)	En el grupo estudio, en el 89,6% se reanuda la menstruación y en el 69,2% se reanuda la ovulación espontánea a los 3-8 meses de terminar el tratamiento de agonistas GnRH/quimioterapia; el 11,4% experimentaron amenorrea hipergonadotrópica y fallo ovárico 8 meses después del tratamiento. En el grupo control (quimioterapia sin agonistas GnRH), en el 33,3% se reanuda la menstruación y en el 25,6% se reanuda la actividad ovárica normal. Las concentraciones medianas de FSH y LH, a los 6 meses de terminar el cotratamiento en el grupo de GnRH/quimioterapia, fueron significativamente menores que en el grupo control. Durante el cotratamiento GnRH/quimioterapia las concentraciones de FSH, LH y P descendieron hasta casi niveles prepuberales. Sin embargo, dentro de los 1-3 meses tras la última inyección de agonista GnRH, se detectó un incremento en las concentraciones de LH y FSH, seguido varias semanas más tarde de un incremento en las concentraciones de P dentro de los niveles normales. I
Conclusión(es)	La administración de agonistas GnRH antes y durante la combinación de quimioterapia para el cáncer de mama puede preservar la función ovárica postratamiento en mujeres <40 años. Se necesitan estudios a largo plazo.
Palabras clave	Agonistas GnRH, quimioterapia, función ovárica
Comentario	<p>Este estudio trata de demostrar si el tratamiento con agonistas de hormona liberadora de gonadotropina durante la quimioterapia pudiera preservar la función ovárica en mujeres jóvenes (menores de 40 años) con cáncer de mama.</p> <p>Parece esperanzador que el tratamiento con agonistas GnRH pudiera mantener esta función, ya que, aunque pueda resultar caro, probablemente no tanto en relación con el tratamiento quimioterápico ni con los tratamientos posteriores que pudiera necesitar la mujer debido a su cáncer de mama.</p> <p>Otras opciones para preservar la fertilidad son la embrio-criopreservación, o la criopreservación de tejido ovárico o de ovocitos. Esto requiere la estimulación ovárica.</p> <p>Se considera crucial que estas pacientes acudan a centros de reproducción tan pronto como sean diagnosticadas del cáncer de mama. Las pacientes pueden no tener pareja o no tener suficiente tiempo para la estimulación ovárica. En este estudio parece que la administración de análogos de GnRH en combinación con la quimioterapia es factible, bien tolerado y protege a largo plazo la función ovárica.</p>
Descarga de archivos	Gonadotropin-releasing hormone...  (124 Kb)



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