



Coordinado por la doctora Teresa Redondo

Médicos colaboradores:  
Ana Martínez Lara, Belén Gómez, Jesús de la Fuente,  
Inmaculada Orensanz e Ignacio Zapardiel.

Procter & Gamble Procter & Gamble  
Procter & Gamble Gamble

## Bibliografía

<b>Publicación</b>	Gynecologic Oncology, April 2007, Volume 105, Issue 1, Pages 176-180.
<b>Título</b>	<p><i>A COMPARISON OF LAPAROSCOPIC RADICAL HYSTERECTOMY AND PELVIC LYMPHADENECTOMY AND LAPAROTOMY IN THE TREATMENT OF IB-IIA CERVICAL CANCER.</i></p> <p>COMPARACIÓN DE LA HISTERECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA Y LAPAROTÓMICA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICAL ESTADIOS IB-IIA.</p>
<b>Autor/es</b>	Guangyi Li, Xiaojian Yan, Huilin Shang, Gang Wang, Lushi Chen and Yubin Han
<b>Objetivo</b>	Comparar la fiabilidad, morbilidad y resultado de supervivencia de la histerectomía radical y linfadenectomía laparoscópica (HRL+LPL) con la histerectomía radical y linfadenectomía pélvica (HRA+LPA) para el carcinoma cervical estadios Ib-IIa de la FIGO.
<b>Métodos</b>	Se documentaron los casos consecutivos de cáncer cervical estadios Ib-IIa desde agosto 1998 a diciembre 2005, incluyendo 90 pacientes a las que se les realizó HRL+LPL y 35 a las que se les practicó HRA+LPA como grupo control. Se compararon los datos clínicos de los períodos perioperatorios y la supervivencia entre ambos grupos.
<b>Resultados</b>	En el grupo de la laparoscopia el tiempo quirúrgico aumentó significativamente ( $262,99 \pm 67,6$ min vs. $217,2 \pm 71,56$ min, $P=0,001$ ), y el tiempo de recuperación de la función intestinal disminuyó significativamente ( $1,96 \pm 0,62$ days vs. $2,40 \pm 1,06$ days, $P=0,025$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a la pérdida hemática durante la intervención ( $369,78 \pm 249,94$ ml vs. $455,14 \pm 338,05$ ml, $P = 0,125$ ), el número de ganglios linfáticos pélvicos resecados ( $21,28 \pm 8,39$ vs. $18,77 \pm 9,47$ , $P=0,151$ ), el tiempo de recuperación de la función vesical o la estancia hospitalaria postoperatoria. Todos los procedimientos laparoscópicos se realizaron con éxito, salvo 2 casos que se convirtieron a laparotomía. La media de seguimiento fue de 26 meses (rango 5-84 meses). Se perdieron 10

	casos de laparoscopia durante el seguimiento y 5 en el grupo de laparotomía. Excluyendo los casos perdidos, la tasa de recurrencia (13,75% vs. 12%, P>0,05) y la tasa de mortalidad (10% vs. 8%, P>0,05) entre ambos grupos fue similar.
<b>Conclusión</b>	Nuestros datos demuestran que el cáncer de cérvix puede ser tratado con éxito mediante HRL+LPL con eficacia y tasa de recurrencia similar a la HRA+LPA. HRL+LPL es una alternativa segura y efectiva a la cirugía abdominal convencional para los estadios Ib-IIa del cáncer cervical, y debería ser usada si el cirujano está lo suficientemente entrenado. Su valor clínico debería ser confirmado con ensayos clínicos randomizados.



<b>Publicación</b>	Gynecologic Oncology, April 2007, Volume 105, Issue 1, Pages 189-193.
<b>Título</b>	<i>SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY IMPROVES STAGING IN EARLY CERVICAL CANCER.</i> LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA MEJORA EL ESTADIAJE EN CÁNCER CERVICAL TEMPRANO.
<b>Autor/es</b>	Anne-Sophie Bats, Denys Clément, Florence Larousserie, Marie-Aude Lefrère-Belda, Marc Faraggi, Marc Froissart and Fabrice Lécuru
<b>Objetivo</b>	El principal objetivo del estudio fue describir la distribución de los ganglios centinela (GC) y la prevalencia de las micrometástasis en los GC en pacientes con carcinoma cervical temprano. El objetivo secundario fue confirmar la tasa de detección del GC y el valor predictivo negativo encontrado en un estudio preliminar.
<b>Pacientes y métodos</b>	Se incluyeron prospectivamente 25 pacientes con cáncer cervical temprano, cada una de las cuales recibió una inyección de 120 MBq de tecnecio 99 mediante linfoscintigrafía preoperatorio y detección ganglionar intraoperatoria usando una sonda gamma endoscópica. Se inyectó tinción azul intraoperatoriamente. Los ganglios centinelas se vieron en las zonas de drenaje pélvico y para-aórtico. Se realizó una disección iliaca radical de forma rutinaria al final del procedimiento. Se examinaron los GC tras tinción con hematoxilina-eosina; los especímenes negativos se valoraron mediante inmunohistoquímica.
<b>Resultados</b>	La mayoría (85%) de los GC se encontraron en el territorio interiliaco. GC para-aórticos o parametrales se encontraron respectivamente en 2 pacientes y en 5 pacientes en la iliaca común. Así, 9 de 25 pacientes mostraron información adicional gracias a la detección del GC. Se detectó una metástasis y una micrometástasis en GC. Ninguna paciente tuvo ganglios positivos sin tener GC negativo.
<b>Conclusión</b>	La detección del GC asegura la identificación de localizaciones inusuales de los GC en el 36% de las pacientes. Se encontró afectación del GC en el 8% de nuestras pacientes. Así, la biopsia del GC mejora el estadiaje en pacientes con cáncer cervical temprano. Se necesitan estudios en muestras mayores para evaluar el impacto clínico de la biopsia del GC.



<b>Publicación</b>	Gynecologic Oncology, April 2007, Volume 105, Issue 1, Pages 228-233.
<b>Título</b>	<i>CANCER FREE SURVIVAL AFTER CIN TREATMENT: COMPARISONS OF TREATMENT METHODS AND HISTOLOGY.</i> SUPERVIVENCIA LIBRE DE CÁNCER TRAS TRATAMIENTO DEL CIN: COMPARACIÓN DE LOS DISTINTOS MÉTODOS E HISTOLOGÍA.
<b>Autor/es</b>	Ikka Kalliala, Pekka Nieminen, Tadeusz Dyba, Eero Pukkala and Ahti Anttila
<b>Objetivo</b>	El cáncer de cérvix es uno de los cánceres más letales entre las mujeres de todo el mundo. Las mujeres son tratadas y seguidas de diversas maneras. Estudios a largo plazo del cáncer o del riesgo de muerte tras los diferentes métodos de tratamiento o con histología inicial diversa son escasos.
<b>Métodos</b>	Se realizó seguimiento de una cohorte retrospectiva de 7.466 mujeres tratadas por CIN entre 1974 y 2001 en el Hospital Universitario de Helsinki hasta finales del 2003. Se usó el modelo de Cox para determinar las diferencias en la supervivencia total libre de cáncer entre mujeres tratadas por CIN con diferentes métodos y con diferentes grados iniciales de CIN.
<b>Resultados</b>	Se observaron 22 casos de carcinoma cervical invasivo (CCI) y 57 casos de CIN 3 tras tratamiento. No existieron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia libre de

	CCI según las distintas formas de tratamiento o el grado inicial de CIN. La supervivencia en los CIN 3, los hazard ratios para los 57 casos de CIN 3 usando como referencia la coagulación con bisturí frío (CBF) fueron de 0,22 para el láser, 0,55 para la crioterapia y 0,31 para la coagulación con asa (LEEP). En la supervivencia libre para CIN 3+ (CIN 3 o CCI) los hazard ratios de los 79 casos (usando como referencia la CBF) fueron de 0,25 para el láser, 0,50 para la crioterapia y de 0,27 para la LEEP. No hubo diferencias en la supervivencia total entre los grados iniciales de CIN.
<b>Conclusión</b>	La coagulación con bisturí frío parece el método menos favorable en términos de riesgo de CIN 3 o cáncer posterior. El seguimiento ha de estar bien organizado, ya que el riesgo de cáncer post-tratamiento es independiente del grado inicial de CIN.



<b>Publicación</b>	Gynecologic Oncology, April 2007, Volume 105, Issue 1, Pages 13-16.
<b>Título</b>	<i>REPRODUCTIVE CONCERNS OF WOMEN TREATED WITH RADICAL TRACHELECTOMY FOR CERVICAL CANCER.</i>  ASPECTOS REPRODUCTIVOS EN MUJERES TRATADAS CON TRAQUELECTOMÍA RADICAL POR CÁNCER CERVICAL.
<b>Autor/es</b>	Jeanne Carter, Yukio Sonoda and Nadeem R. Abu-Rustum
<b>Objetivo</b>	Informar sobre los aspectos reproductivos en mujeres tratadas por carcinoma radical estadio I con cirugía conservadora de la fertilidad.
<b>Materiales y métodos</b>	Se incluyeron de forma prospectiva pacientes recién diagnosticadas de cáncer cervical que se sometieron a traquelectomía radical y fueron valoradas a lo largo del tiempo. Se presentan los datos preliminares del análisis preoperatorio y de la valoración a los 3 y 6 meses en cuanto a aspectos reproductivos.
<b>Resultados</b>	Entre febrero de 2004 y junio de 2006 se incluyeron 29 pacientes. Tres pacientes fueron excluidas porque no se les realizó una cirugía programada, y 6 pacientes porque requirieron terapia adyuvante. El deseo genésico fue el principal motivo por el que estas mujeres decidieron traquelectomía; sin embargo, la elección del tratamiento también fue guiada por conversaciones con sus doctores (41%, n=12). 26 pacientes (90%) expresaron inicialmente preocupación por futuras concepciones y descendencia, pero se extendió a todas las pacientes a lo largo de los 6 meses. En el momento de enrolarse en el estudio, la mayoría de las pacientes tenía grandes expectativas acerca de su futura maternidad, pero fue declinando con el tiempo. A pesar de esto, el estrés de las pacientes fue disminuyendo gradualmente con el tiempo.
<b>Conclusión</b>	Nuestros resultados muestran que muchas mujeres que se han sometido a traquelectomía radical presentan estrés y preocupación sobre su reproducción que persisten hasta 6 meses posoperatoriamente. La preocupación sobre fertilidad empieza a disminuir tras la cirugía; sin embargo, la preocupación sobre el embarazo aumenta tras la traquelectomía. Este estudio piloto refleja datos preliminares de un estudio prospectivo actual que recoge información de 2 años sobre mujeres recién diagnosticadas de carcinoma cervical estadio I que se someten a traquelectomía radical.



	
<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gynecol, 2007 Mar 1.
<b>Título</b>	<i>THE USE OF A VARIABLE CUT-OFF VALUE OF CERVICAL LENGTH IN WOMEN ADMITTED FOR PRETERM LABOR BEFORE AND AFTER 32 WEEKS.</i>  EMPLEO DE PUNTOS DE CORTE VARIABLES PARA LA LONGITUD CERVICAL EN

	MUJERES CON TRABAJO DE PARTO PREMATURO ANTES Y DESPUÉS DE LA SEMANA 32 DE GESTACIÓN.
<b>Autor/es</b>	Plalacio M, Sanin-Blair J, Sánchez M, Crispi F, Gómez O, Carrereas E, Coll O, Cararach V, Gratacos E. Premature Unit, Department of Maternal Fetal Medicine, Institut Clinic de Ginecología, Obstetricia i Neonatología, Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, Spain.
<b>Objetivo</b>	Determinar si el punto de corte óptimo para predecir bajo riesgo de parto pretérmino en mujeres con trabajo de parto pretérmino podría ser ajustado según la edad gestacional.
<b>Método</b>	Estudiamos una cohorte de 333 mujeres con gestaciones únicas con trabajo de parto pretérmino y membranas íntegras entre las semanas 24 y 36 de gestación. Las mujeres se clasificaron según la prematuridad en dos grupos: Grupo 1, "muy pretérminos", <32 semanas de gestación y Grupo 2, "pretérminos", de =32 semanas de gestación. Se realizó ecografía transvaginal 24-48 h tras el ingreso, con medida de la longitud cervical. Estudiamos el valor predictivo de los diferentes puntos de corte. Las variables de resultado fueron el parto pretérmino 7 días después del ingreso y parto antes de la semana 32 de gestación.
<b>Resultados</b>	La media ( $\pm$ DS) de la edad gestacional al ingreso fue de 31,9 semanas ( $\pm$ 2,6) y 37,5 semanas ( $\pm$ 2,2), respectivamente, con una media de longitud cervical de 30,4mm ( $\pm$ 8,9). La tasa de parto espontáneo en 7 días antes de la semana 34 de gestación fue de 6,3 y 7%, respectivamente. El punto de corte de 15 mm de longitud cervical mostró una sensibilidad, valor predictivo negativo y tasa de falsos positivos para un parto en 7 días de 0, 94,6 y 4%, respectivamente, en el grupo pretérmino (Grupo 2). Para un punto de corte de 25 mm, los valores fueron 75, 99 y 14,3% y 70,6, 96,8 y 24,5%.
<b>Conclusión</b>	El valor predictivo para diferentes puntos de corte de la longitud cervical es similar en diferentes edades gestacionales. No obstante, la mayor tasa de falsos positivos después de la semana 32 de gestación podría justificar el empleo de puntos de corte en función de la edad gestacional para los protocolos clínicos. En mujeres con gestaciones <32 semanas, el punto de corte de 25 mm podría ser empleado para predecir bajo riesgo de parto pretérmino, mientras que en mujeres de 32 semanas de gestación o más, el punto de corte de 15 mm podría ser más apropiado.

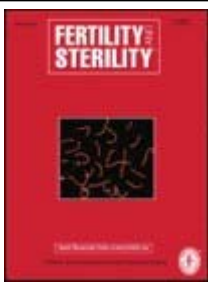



<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gyneocl, 2007 Mar 1.
<b>Título</b>	<i>METFORMIN TREATMENT IN PREGNANT WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME REDUCED COMPLICATION RATE MEDIATED BY CHANGES IN THE UTEROPLACENTAL CIRCULATION?</i>  ¿REDUCE EL TRATAMIENTO CON METFORMINA EN MUJERES EMBARAZADAS CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO LA TASA DE COMPLICACIONES DEBIDO A CAMBIOS EN LA CIRCULACIÓN UTEROPLACENTARIA?
<b>Autor/es</b>	Salvesen KA, Vanky E, Carlsen SM. Nacional Center for Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Trondheim University Hospital (St. Olav's Hospital), Trondheim, Norway.
<b>Objetivo</b>	Estudiar el posible efecto de la metformina en la circulación útero-placentaria.
<b>Método</b>	Estudiamos a 40 mujeres embarazadas con SOP en un estudio, randomizado, doble ciego, controlado con placebo con metformina (1.700 mg/día) durante la gestación. Realizamos exámenes ecográficos con doppler de las arterias uterinas a las 12, 19, 24, 32 y 36 semanas de gestación y de la arteria umbilical a las 19, 24, 32 y 36 semanas de gestación.
<b>Resultados</b>	Hubo una media alta del índice de pulsatilidad bilateral de las arterias uterinas a las 12 semanas de gestación (1,95 vs. 1,58, P=0,02), y una gran reducción en la media del IP desde las 12 a las 19 semanas (P=0,03) en el grupo de mujeres tratadas con metformina. No hubo diferencias en los valores de IP medios entre los grupos a las 19, 24, 32 ó 36 semanas de gestación. Las complicaciones de la gestación, como parto pretérmino antes de la semana 32 de gestación, preeclampsia severa o eventos serios post-parto, ocurrieron sólo en el grupo placebo (7 de 22 vs. 0 de 18, P=0,01). No hubo asociación entre las medidas Doppler de las arterias uterinas y las complicaciones de la gestación. No encontramos diferencias entre los grupos en la media del IP de la arteria umbilical a las 19, 24, 32 ó 36 semanas de gestación.
<b>Conclusión</b>	En este pequeño estudio randomizado, el tratamiento con Metformina durante la gestación redujo la impedancia de las arterias uterinas entre las semanas de gestación 12 y 19, y esto estuvo asociado a una tasa de complicaciones menor.



<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gynecol, 2007 Mar 1.
<b>Título</b>	<i>SONOMORPHOLOGICAL EVALUATION OF POLYPROPYLENE MESH IMPLANTS AFTER VAGINAL MESH REPAIR IN WOMEN WITH CYSTOCELE OR RECTOCELE.</i>  EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS MALLAS DE POLYPROPYLENO DESPUÉS DE LA REPARACIÓN VAGINAL CON MALLAS EN MUJERES CON CISTO O RECTOCELE.
<b>Autor/es</b>	Tunn R, Picot A, Marshke J, Gauruder-Burmeseter A. Department of Urogynecology, German Pelvic Floor Center, ST. Dedwig Hospitals, Berlin, Germany.
<b>Objetivo</b>	Investigar si la medida ecográfica del tamaño de la malla implantada en las mujeres sometidas a una reparación vaginal con malla de polipropileno 6 semanas antes, se correlaciona con el tamaño original de la malla y si asegura un soporte completo del compartimento anterior o posterior.
<b>Método</b>	Evaluamos a 40 mujeres postmenopáusicas con prolapso vaginal anterior o posterior y con cistocele (n=20) o rectocele (n=20) comprobado ecográficamente, seis semanas después de la reparación vaginal con malla. Se realizó ecografía introital para identificar la malla de polipropileno y medir su longitud desde distal a proximal y su configuración, así como su grosor. La medida inicial del tamaño de la malla fue comparada con la medida ecográfica 6 semanas después de la intervención. La longitud vaginal se midió pre y postoperatoriamente.
<b>Resultados</b>	La media $\pm$ DS de la edad de las mujeres fue de $68 \pm 7$ años. Las 20 mujeres con cistocele fueron sometidas a una reparación con un implante anterior transobturador; la medida inicial de la malla era de $6,8 \pm 1,1$ cm vs. $2,9 \pm 0,6$ cm postoperatoriamente. Las 20 mujeres con rectocele fueron sometidas a una reparación con un implante posterior transisquioanal; la medida inicial de la malla era de $9,9 \pm 0,8$ cm vs. $3,3 \pm 0,5$ cm postoperatoriamente. La malla sostenía el 43,4% de la longitud de la pared anterior vaginal y en la cara posterior, el 53,7% (P=0,016).
<b>Conclusión</b>	Recomendamos la ecografía para la evaluación postoperatoria de la posición de las mallas anterior y posterior después de una cirugía de prolapso. Hay una discrepancia considerable entre el tamaño de los implantes y la longitud medida 6 semanas después mediante ecografía.



	
<b>Publicación</b>	Fertil Steril. 2007 Mar;87(3):481-4.
<b>Título</b>	<i>ESTABLISHING A HUMAN CHORIONIC GONADOTROPIN CUTOFF TO GUIDE METHOTREXATE TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY: A SYSTEMATIC REVIEW.</i>  NIVEL DE CORTE ÓPTIMO PARA EL TRATAMIENTO CON METOTREXATO DE LAS GESTACIONES ECTÓPICAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.
<b>Autor/es</b>	Seema Menon, John Colins and Kurt T. Barnhart
<b>Objetivo</b>	El éxito del tratamiento médico del embarazo ectópico es inversamente proporcional a los niveles iniciales de bHCG. El objetivo de este artículo es analizar si existe un nivel de bHCG por encima del cual la tasa de fracaso se incrementa notablemente.

<b>Diseño</b>	Revisión sistemática y análisis de diferentes publicaciones sobre los resultados logrados con el uso de metotrexato, en función de diversos niveles de bHCG.
<b>Principales resultados medibles</b>	Tasas de éxito y fracaso del tratamiento médico.
<b>Resultados</b>	En 5 estudios observacionales (503 mujeres) el tratamiento con dosis única de metotrexato, estratificada en función de los niveles de bHCG, tuvo éxito. La tasa de fracaso se incrementó significativamente en aquellas mujeres con una cifra inicial de bHCG > 5.000 mUI/ml (OR: 5,45; IC 95%: 3,04-9,78). Para unos niveles entre 5.000 y 9.999 mUI/ml la tasa de fracaso fue significativamente mayor que para aquellas mujeres con cifras comprendidas entre 2.000 y 4.999 mUI/ml (OR: 3,76; IC 95%: 1,16-12,33).
<b>Conclusiones</b>	Esta revisión informa de un incremento en la tasa de fracaso del tratamiento con dosis única de metotrexato, en aquellos casos de gestación ectópica con unos niveles iniciales superiores a 5.000 mUI/ml y recomienda el uso cuidadoso de éste fármaco en dichas mujeres.





<b>Publicación</b>	Fertil Steril. 2007 Mar;87(3):485-9.
<b>Título</b>	<i>CLINICAL EVALUATION OF ENDOMETRIOSIS AND DIFFERENTIAL RESPONSE TO SURGICAL THERAPY WITH AND WITHOUT APPLICATION OF OXIPLEX/AP ADHESION BARRIER GEL.</i>  EVALUACIÓN CLÍNICA Y DIFERENTE RESPUESTA POSTQUIRÚRGICA TRAS LA APLICACIÓN DE OXIPLEX/AP (GEL ANTIADHERENTE) EN MUJERES CON ENDOMETRIOSIS.
<b>Autor/es</b>	Gere S. diZerega, James Coad and Jacques Dones
<b>Objetivo</b>	Analizar la presencia de datos clínicos sugestivos de la presencia de adherencias en mujeres con endometriosis sometidas a tratamiento quirúrgico laparoscópico.
<b>Diseño</b>	Ensayo clínico randomizado, controlado, doble ciego.
<b>Lugar</b>	Hospitales terciarios de referencia en el tratamiento de la endometriosis.
<b>Pacientes</b>	65 mujeres con endometriosis grado I-III. No fueron incluidas aquellas mujeres con endometriomas aislados.
<b>Intervenciones</b>	Tratamiento quirúrgico laparoscópico. Randomización hacia aplicación de Oxiplex/AP (FzioMed, Inc., San Luis Obispo, California) (Grupo tratamiento) y no aplicación (grupo control). Laparoscopia de control entre 6 y 10 semanas después.
<b>Principales resultados medibles</b>	Color, localización de las lesiones endometriósicas y estadio de enfermedad, según el score anejal de la Sociedad Americana de Fertilidad.
<b>Resultados</b>	Las mujeres del grupo control con al menos un 50% de lesiones de color rojo tienen una mayor índice de adherencias que cuando estas lesiones son de color negro, blanco o no hay lesiones. En las mujeres del grupo de tratamiento con lesiones de color rojo los índices de adherencias son menores que en las mujeres del grupo control. En éste se estableció una correlación entre el grado de enfermedad de base y la formación de adherencias.
<b>Conclusiones</b>	Las pacientes con lesiones rojas tienen un índice de adherencias mayor que en aquellas mujeres con lesiones negras, blancas o sin lesiones. El gel Oxiplex/AP fue efectivo a la hora de reducir las adherencias.



<b>Publicación</b>	Fertil Steril. 2007 Mar;87(3): 591-6.
<b>Título</b>	<i>IMPACT OF INFERTILITY DRUGS AFTER TREATMENT OF BORDERLINE OVARIAN TUMORS: RESULTS OF A RETROSPECTIVE MULTICENTER STUDY.</i>  IMPACTO DE LOS FÁRMACOS USADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD EN AQUELLAS MUJERES CON TUMORES DE OVARIO BORDERLINE: RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO.

<b>Autor/es</b>	Anne Fortin, Philippe Morice, Anne Thoury, Sophie Camatte, Caroline Dhainaut and Patrick Madelenat
<b>Objetivo</b>	Evaluar la seguridad y los resultados de los fármacos usados en el tratamiento de la infertilidad, en aquellas mujeres con tumores de ovario borderline (TOB) y manejo conservador.
<b>Diseño</b>	Estudio retrospectivo multicéntrico.
<b>Lugar</b>	Centros inscritos en el Registro Nacional Francés de FIV.
<b>Pacientes</b>	30 mujeres con TOB.
<b>Intervenciones</b>	Veinticinco mujeres fueron sometidas a estimulación ovárica tras cirugía conservadora. En otras 5 mujeres hubo recurrencia de la enfermedad y la estimulación se llevó a cabo antes de la nueva cirugía.
<b>Principales resultados medibles</b>	Tasas de fertilidad y recurrencia.
<b>Resultados</b>	La media de ciclos por paciente fue de 2,6 (rango: 1-10). El seguimiento medio tras el tratamiento conservador del TOB fue de 93 meses (rango: 26-276). Tras un seguimiento medio de 42 meses tras la estimulación ovárica, fueron observadas 4 recurrencias (en 3 de ellas el tratamiento conservador fue ovariectomía simple). Todas las recurrencias fueron tumores borderline en el ovario remanente. Actualmente todas las pacientes están libres de enfermedad. Trece mujeres se quedaron embarazadas.
<b>Conclusiones</b>	Estos resultados sugieren que los fármacos empleados en el tratamiento de la infertilidad pueden usarse con seguridad en aquellas mujeres sometidas a tratamiento conservador de tumores de ovario borderline.



	
<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007;196:342.e1-342.e9.
<b>Título</b>	<i>REDUCED INCIDENCE OF DISTANT METASTASES AND LOWER MORTALITY IN 1072 PATIENTS WITH BREAST CANCER WITH A HISTORY OF HORMONE REPLACEMENT THERAPY.</i>  INDICENCIA REDUCIDA DE METÁSTASIS Y DISMINUCIÓN DE MORTALIDAD EN 1.072 PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CON HISTORIA DE TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA.
<b>Autor/es</b>	Florian Schuetz, MD; Ingo J. Diel, MD; Marit Poeschel, MD; Thomas von Holst, MD; Erich F. Solomayer, MD; Stefan Lange, MD; Peter Sinn, MD; Gunther Bastert, MD; Christof Sohn, MD
<b>Objetivo</b>	La sustitución con estrógenos (terapia hormonal sustitutiva [THS]) es el tratamiento y profilaxis más común en los complejos postmenopáusicos. De todos modos, en la mayoría de estudios, la THS a largo plazo se ha asociado con aumento del riesgo de cáncer de mama, pero la influencia en el pronóstico del cáncer de mama raramente se ha estudiado.
<b>Diseño del estudio</b>	Para una investigación a largo plazo, hemos analizado 1.072 pacientes con edades entre 45 y 70 años en el momento del primer diagnóstico de cáncer de mama con y sin THS preoperatorio con estudio de la incidencia de metástasis a distancia y supervivencia global. De éstas, 279 mujeres eran premenopáusicas (media 47,8_3,2 años); 793 mujeres eran postmenopáusicas (media 54,5_3,5 años); 320 mujeres habían recibido THS durante un mínimo de 1 año (media 5,5_4,0 años; grupo THS), y 473 mujeres no habían recibido THS (grupo THS_). El tiempo medio de seguimiento fue 73,2 meses.
<b>Resultados</b>	Aunque el índice de masa corporal, el tamaño y el grado del tumor en el grupo de THS_ fue significativamente más alto que en el grupo THS_, el estado de los ganglios, la fase de la fracción S, el estado del receptor hormonal y la recurrencia local no mostraron diferencias significativas. En referencia a la incidencia de metástasis a distancia, las mujeres sin THS

	<p>tienen significativamente (<math>p_{0,001}</math>) más metástasis en hueso (68 vs 20 mujeres), pulmón (47:13 mujeres), e hígado (47: 13 mujeres). Entre todas la supervivencia fue significativamente más baja en el grupo con THS.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Hemos sido capaces de demostrar que el uso de THS antes del diagnóstico de cáncer de mama resulta más favorable en tumores primarios, con una incidencia más baja de recurrencias y con mejor tasa de supervivencia global. Esto puede ser debido a la normalización del metabolismo del hueso con el uso de THS, que puede disminuir el estado de las células tumorales.</p>



<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 196: 363.e1-363.e7.
<b>Título</b>	<p><i>USEFULNESS OF A PLACENTAL PROFILE IN HIGH-RISK PREGNANCIES.</i></p> <p>UTILIDAD DE UN PERFIL PLACENTARIO EN EMBARAZOS DE ALTO RIESGO.</p>
<b>Autor/es</b>	Toal M, Chan Cynthia, Fallah S, Alkazaleh F, Chaddha V, Windrim RC, Kingdom J.
<b>Objetivo</b>	Comprobar la hipótesis de que un perfil de la función placentaria puede confirmar con bastante precisión a las mujeres con resultados normales e identificar entre la mayoría de mujeres de alto riesgo al subgrupo de mujeres que desarrollarán complicaciones mayores que serán atribuibles a enfermedad placentaria.
<b>Diseño del estudio</b>	Este fue un estudio prospectivo de 212 gestaciones de alto riesgo en las que se utilizó el perfil placentario (cribado sérico materno a las semanas 16-18, Doppler de la arteria uterina a las semanas 18-23, y morfología placentaria). Odds ratio (IC 95%) se derivó para muerte fetal intraútero, parto pretérmino en gestaciones <34 semanas, preeclampsia/hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y recuento plaquetario bajo (síndrome HELLP), peso bajo para la edad gestacional, y crecimiento intrauterino restringido precoz; todos los resultados normales (n=125) se compararon con los que tenían uno o más resultados anormales.
<b>Resultados</b>	La odds de desarrollo de resultados adversos fue significativamente menor en mujeres con todos los resultados normales (preeclampsia/HELLP [odds ratio, 0,2; IC 95% 0,1-0,4]), parto pretérmino (odds ratio, 0,1, IC 95% 0,09-0,3), restricción del crecimiento intrauterino precoz (0) y muerte fetal intraútero (odds ratio, 0,05 [0,01-0,2]). Combinando a las mujeres con dos (n=21) o 3 (n=15) resultados anormales se predijeron 14 de 19 restricciones de crecimiento intrauterino severos y 15 de 22 muertes fetales intraútero.
<b>Conclusión</b>	Este perfil de la función placentaria a las semanas 16-23 de gestación puede confirmar a las mujeres con resultados normales identificando un subgrupo más pequeño de mujeres con riesgo reducido de morbilidad perinatal o con riesgo de restricción del crecimiento intrauterino severo.



<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 196:402.e1-402.e11.
<b>Título</b>	<p><i>THE EFFECTS OF METFORMIN AND ROSIGLITAZONE, ALONE AND IN COMBINATION, ON THE OVARY AND ENDOMETRIUM IN POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.</i></p> <p>EFFECTOS DE METFORMINA Y ROSIGLITAZONA, SOLAS Y EN COMBINACIÓN, EN EL OVARIO Y EN EL ENDOMETRIO EN EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO.</p>
<b>Autor/es</b>	Richard S. Legro, MD; Richard J. Zaino, MD; Laurence M. Demers, PhD; Allen R. Kunselman, MA; Carol L. Gnatuk, MD; Nancy I. Williams, ScD; William C. Dodson, MD
<b>Objetivo</b>	Examinar los efectos de la metformina y rosiglitazona, solas y combinadas, en la histología del endometrio y en la producción esteroidea del ovario.
<b>Diseño del estudio</b>	Estudio abierto de metformina y rosiglitazona realizado en 16 mujeres con síndrome de ovario poliquístico (SOP) en un único centro de salud. El estudio consistía en un período de observación de 6 semanas, un período de tratamiento de 3 meses con un único agente terapéutico (rosiglitazona o metformina), y después un período de 3 meses de terapia combinada.
<b>Resultados</b>	Se encontró histología endometrial anormal en 3 sujetos en el período de observación, incluyendo un caso de adenocarcinoma de endometrio en una paciente asintomática, que se excluyó para continuar el estudio. Los otros dos casos (hiperplasia simple) se resolvieron con tratamiento. En el período de tratamiento con un único agente se demostró un beneficio de

rosiglitazona (n=9) sobre la metformina (n=6) en términos de reducción de los niveles de testosterona (11,8; IC 95%=21,7 a 2,0 ng/dL), y la glucosa a las 2 horas (42,0; IC 95%:76,2 a 7,8 mg/dL), insulina a las 2 horas (150,4; IC 95%: 272,7 A 28,1 U/mL) también una disminución significativa en los niveles integrados de glucosa e insulina y el análisis del área bajo la curva, todo obtenido mediante test de tolerancia oral a la glucosa. Las ratios de progesterona y estrógenos diarios en orina mejoraron con rosiglitazona en comparación con el tratamiento con metformina (0,08; IC 95%: 0,02 a 0,14). Las tasas ovulatorias tendieron a mejorar tanto en el tratamiento con agentes únicos como en la terapia combinada (30/90 ciclos, 33%), en comparación con la tasa basal de ovulación (2/15, 13%). A pesar de los 6 meses de tratamiento solo o combinado, 5 mujeres no tuvieron evidencia bioquímica de ovulación por la medida de la progesterona sérica o urinaria.

**Conclusiones**

Este estudio comprueba la evidencia preeliminar de que las drogas insulinizantes pueden tener efectos beneficiosos en el endometrio, aunque el mecanismo exacto por el que se mejora la función ovulatoria todavía es desconocido. Además, sugerimos que la rosiglitazona puede ser más beneficiosa que la metformina en la elevación de los niveles de insulina y andrógenos en la población obesa con SOP. La terapia combinada no demostró beneficios significativos sobre la terapia con agente único.



**Publicación**

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, April 2007, 131 (2): 154-157.

**Título**

*EFFICACY OF A SINGLE DOSE OF ANTENATAL CORTICOSTEROIDS ON MORBIDITY AND MORTALITY OF PRETERM INFANTS.*

EFICACIA DE UNA SOLA DOSIS DE CORTICOIDES PRENATAL EN MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE NIÑOS PRETÉRMINO.

**Autor/es**

Simonetta Costa, Enrico Zecca, Daniele De Luca, Maria Pia De Carolis and Costantino Romagnoli.

**Objetivo**

Asesorar sobre la efectividad de un ciclo incompleto de corticoides prenatales (CSP) en la morbilidad y mortalidad neonatal de niños pretérmino.

**Material y métodos**

En este estudio se incluyeron los niños pretérmino nacidos entre las semanas 25-34 de edad gestacional entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2003.

Los niños estudiados se dividieron en dos grupos: el grupo CSP, incluyendo a aquellos niños que habían sido expuestos a una dosis única de 12 mg de betametasona antes del parto, mientras que el grupo control incluía a los niños que habían nacido sin tratamiento con corticoides prenatales. Los resultados neonatales más importantes se compararon entre los dos grupos.

**Resultados**



Ciento setenta neonatos (41.4%) fueron expuestos a una dosis de betametasona antes del parto, mientras que 241 neonatos (58,6%) no recibieron ningún tratamiento con corticoides prenatales. La edad gestacional media en el parto (30,4 +- 2,9 semanas p=0,004) y la media del peso al nacer (1.375 +- 454 gr vs 1.625 +- 580 gr p <0.001) fueron más bajas en el grupo CSP. El análisis univariante mostró que la intubación en el paritorio y el síndrome de distress respiratorio fueron más frecuentes en el grupo CSP y que el tiempo de estancia fue significativamente más largo en este grupo. No se encontraron diferencias en relación con la supervivencia, morbilidad neonatal, necesidad y duración de ventilación mecánica y oxigenoterapia. La incidencia de los resultados principales en los supervivientes fue también similar. El análisis logístico de regresión, ajustado a la edad gestacional, mostró que la exposición a una dosis única de betametasona antes del parto no se asoció a una reducción significativa en las tasas de ninguno de los resultados ieneonatales principales. También comparamos los resultados en función de la edad gestacional. En el subgrupo de 25-27 semanas, la intubación en paritorio, el tratamiento con surfactante y el ductus arterioso persistente fueron menos frecuentes en los niños CSP; también presentaron menor duración de

	ventilación y oxigenoterapia. Finalmente, no se encontraron diferencias en el subgrupo entre 28-29 semanas ni en el subgrupo entre las semanas 32-34.
<b>Conclusiones</b>	Los efectos del tratamiento incompleto con corticoides prenatales fueron variables: mostraron algunos beneficios en los niños entre 25-27 semanas de edad gestacional, no se mostró ninguna diferencia en los resultados en el subgrupo entre 32-34 semanas y son dudosas entre esos extremos.



<b>Publicación</b>	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, April 2007, 131 (2): 151-153.
<b>Título</b>	<i>AN EASY-TO-USE METHOD FOR DETECTING FETAL HEMOGLOBIN—A TEST TO IDENTIFY BLEEDING FROM VASA PREVIA.</i>  UN MÉTODO FÁCIL DE USAR PARA DETECTAR HEMOGLOBINA FETAL - UN TEST PARA IDENTIFICAR SANGRADO POR VASA PREVIA.
<b>Autor/es</b>	Pelle G. Lindqvist and Peter Gren.
<b>Objetivo</b>	La vasa previa es una condición fetal rara, pero potencialmente peligrosa que puede ocurrir durante el embarazo. Lo ideal es que todos los casos sean detectados prenatalmente, pero algunos se presentan como un sangrado vaginal tardío. En los tiempos que corren no hay ninguna prueba para detectar hemoglobina fetal (HbF) de uso general.
<b>Material y métodos</b>	Se presenta un método modificado para la identificación de HbF. Cinco mililitros de 0,14M de NaOH se combinaron con 50 microlitros de una mezcla de sangre fetal y materna. Después de 2 minutos se valoraba si la solución todavía tenía un tono rojizo o no. Se evaluó la sensibilidad de este método para detectar HbF.
<b>Resultados</b>	Los quince del personal clínico pudieron identificar ambas mezclas al 69% y 34% de Hb materna y Hb fetal (100% de sensibilidad). 14 de los 15 pudieron identificar la de 17% de HbF (93% de sensibilidad) y 12 de los 15 pudieron identificar una mezcla que contenía un 8% de HbF (80% de sensibilidad).
<b>Conclusiones</b>	Nuestra prueba rápida y sencilla para la identificación de HbF fue al menos tan sensible como el test de desnaturalización de álcalis de uso común. Podría ser un instrumento salvavidas en el diagnóstico diferencial del sangrado por vasa previa en los casos no claros de hemorragias tardías del embarazo.



	
<b>Publicación</b>	Obstet Gynecol. 2007 Mar;109(3):647-54.
<b>Título</b>	<i>RISK FACTORS FOR BENIGN SEROUS AND MUCINOUS EPITHELIAL OVARIAN TUMORS.</i>  FACTORES DE RIESGO DE TUMORES BENIGNOS OVÁRICOS DE ORIGEN EPITELIAL DE TIPO SEROSO Y DE TIPO MUCINOSO.
<b>Autor/es</b>	Jordan SJ, Green AC, Witemann CD, Webb PM.
<b>Objetivo</b>	Investigar los factores de riesgo de tumores benignos de ovario epiteliales mucinosos y serosos.
<b>Método</b>	El grupo de los casos fue recogido entre 2002 y 2005 entre mujeres diagnosticadas de tumores benignos de ovario de tipo seroso (n=230) y de tipo mucinoso (n=133). El grupo control fue seleccionado y randomizado entre la población general (n=752). Todas las pacientes completaron un cuestionario sobre su vida reproductiva y su estilo de vida. Se realizó una regresión logística multivariante para calcular la Odds Ratio (Ors), el 95% de intervalo de

	confianza y para ajustar los factores de confusión.
<b>Resultados</b>	El hábito tabáquico multiplica por tres el riesgo de tumores benignos de tipo mucinoso (OR 3,25, 95% CI 1,97- 5,34) y existe una tendencia a aumentar el riesgo cuanto mayor sea el consumo ( $p < 0,01$ ). La obesidad, tanto reciente (OR 1,93, 95% CI 1,30- 2,88) como la presente a los 20 años (OR 4,38, 95% CI 1,88- 10,20) están asociadas a un aumento del riesgo de tumores benignos de tipo seroso. Las mujeres histerectomizadas presentan un riesgo más elevado de los de tipo seroso (OR 2,75, 95% CI 1,90- 3,96), pero no de los de tipo mucinoso. Un embarazo a término está inversamente relacionado con ambos tipos de tumores (OR 0,65, 95% CI 0,43- 0,97), aunque no mejora cuanto mayor sea el número de embarazos. El uso de anticonceptivos orales no tiene relación con este tipo de tumores.
<b>Conclusión</b>	Los resultados sugieren que existen factores de riesgo diferentes para cada uno de estos dos tipos de tumores benignos, y que, éstos a su vez, son diferentes de los factores de riesgo bien establecidos del cáncer de ovario. Evitar el tabaco y la obesidad previene los tumores benignos de ovario epiteliales de tipo mucinoso y de tipo seroso.



<b>Publicación</b>	Obstet Gynecol. 2007 Mar;109(3):609-17.
<b>Título</b>	<i>INDUCTION OF LABOR OR SERIAL ANTENATAL FETAL MONITORING IN POSTTERM PREGNANCY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.</i>  INDUCCIÓN DEL PARTO O CONTROL FETAL SERIADO EN EMBARAZOS PROLONGADOS: ESTUDIO RANDOMIZADO.
<b>Autor/es</b>	Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA.
<b>Objetivo</b>	Comparar la inducción de parto a las 41 semanas de gestación con la conducta expectante desde el punto de vista de la morbilidad neonatal. Segundo objetivo: el efecto de estas conductas en la vía del parto y en las complicaciones maternas.
<b>Método</b>	Se recogieron mujeres con gestaciones prolongadas, únicas, cefálicas y con membranas íntegras entre septiembre de 2002 y julio de 2004. Fueron randomizadas, unas asignadas para inducción a los 289 días de gestación y otras para vigilancia fetal cada 72 horas hasta parto espontáneo. Los resultados medidos fueron la morbilidad fetal, la tasa de cesáreas y las complicaciones maternas.
<b>Resultados</b>	Se randomizaron 508 mujeres, 254 en cada grupo. No se han encontrado diferencias clínicas en ambos grupos en relación a: test de Apgar a los 5 minutos menor de 7 (3 neonatos en el grupo de las inducciones y 4 en el de parto espontáneo; $p=0,72$ ); pH de cordón inferior a 7 (3 comparado con 2; $p=0,69$ ); tasa de cesárea ( 28 comparado con 33; $p=0,50$ ) y prevalencia de parto instrumental (32 comparado con 27; $p=0,49$ ). En el grupo de las inducciones un mayor número de mujeres tuvieron un parto precipitado (33 comparado con 12, $p < 0,01$ ) e incluso con duración de la 2.ª parte del parto menor de 15 minutos (94 comparado con 56, $p < 0,01$ ).
<b>Conclusión</b>	No se encontraron diferencias entre ambos grupos en relación a la morbilidad neonatal ni relación en la vía del parto y los resultados fueron en general buenos. NIVEL DE EVIDENCIA: I



<b>Publicación</b>	Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 19(1):27-30, February 2007.
<b>Título</b>	OOFORRECTOMÍA PROFILÁCTICA EN MUJERES DE ELEVADO RIESGO DE CÁNCER.
<b>Autor/es</b>	Domchek, Susan M a,b; Rebbeck, Timothy R a,c
<b>Propósito de la revisión</b>	La salpingo-ooforectomía profiláctica bilateral se usa ampliamente para la reducción de riesgo de cáncer en mujeres con mutaciones de BRCA1/2. Reduce el riesgo del cáncer de mama

	significativamente en aproximadamente el 50% y el riesgo de cáncer ovárico en 80-95%, pero puede ser acompañada de síntomas menopáusicos, calidad de vida dañada y aceleración de la pérdida del hueso. Por consiguiente, deben considerarse cuidadosamente las decisiones de cronometrar la salpingo-ooforectomía profiláctica bilateral y el uso de terapia de reemplazo hormonal post-cirugía.
<b>Resultados</b>	Durante el último año, los estudios han examinado problemas relacionados con la calidad de vida asociada con salpingo-ooforectomía profiláctica bilateral y han demostrado que la terapia de reemplazo hormonal que sigue a la cirugía no quita la reducción de riesgo de cáncer de mama que la salpingo-ooforectomía profiláctica bilateral proporciona. Los estudios han proporcionado información adicional sobre el riesgo residual de cáncer que sigue la salpingo-ooforectomía del profiláctica bilateral, han demostrado su beneficio en el síndrome de Linche y han hecho pensar en un beneficio de la mortalidad a corto plazo la salpingo-ooforectomía del profiláctica bilateral en portadores de la mutación BRCA1/2.
<b>Resumen</b>	Repasamos los recientes estudios que consideran salpingo-ooforectomía profiláctica bilateral y sus implicancias en el seguimiento clínico de mujeres que presentan riesgo elevado de cáncer.



<b>Publicación</b>	Current Opinion in Obstetrics & Gynecology. 19(1):22-26, February 2007.
<b>Título</b>	ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DEL CÁNCER DE OVARIO.
<b>Autor/es</b>	Munkarah, Adnan; Chatterjee, Madhumita; Tainsky, Michael A.
<b>Propósito de la revisión</b>	El cáncer de ovario epitelial normalmente se diagnostica en fase avanzada, y lleva un peor pronóstico. Cuando se descubre en una fase temprana, la supervivencia a 5 años es del 90%. A pesar de la disponibilidad de varios screening para el diagnóstico de cáncer de ovario, no se logran niveles altos de sensibilidad y especificidad. Hay una necesidad continua de identificar nuevos test de screening y estrategias, relativamente no invasivas, que puedan estar disponibles dentro de poco tiempo y que consigan una alta sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo.
<b>Resultados</b>	Nuestra revisión se centra en varias técnicas de screening: marcadores en suero, ecografía transvagina, así como modalidades combinadas que pueden ser usadas para el diagnóstico precoz del cáncer ovárico. La eficacia de las diferentes técnicas de screening es valorada en base a la capacidad de mejorar la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo. Se presentan los resultados iniciales de dos extensos estudios de población basados en el screening de cáncer ovárico.
<b>Resumen</b>	Una prueba de screening óptima con altos niveles de sensibilidad y especificidad es indispensable para el diagnóstico precoz de cáncer de ovario. El screening con marcadores serológicos (proteínas de suero y autoanticuerpos) pueden usarse como test de screening de primera línea. La combinación con ecografía transvaginal o imágenes con Doppler color, podrían resultar muy eficaces en el diagnóstico precoz de cáncer ovárico.



### 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 902 101 372 o bien a la dirección de correo [atencionusuario@sego.es](mailto: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



Publicación elaborada por IM&C International Marketing & Communication, S. A.  
Alberto Alcocer, 13, 1º D. 28036 Madrid  
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)  
Persona de contacto: José María Hijarrubia. [produc@imc-sa.es](mailto:produc@imc-sa.es)