





Coordinado por la doctora Teresa Redondo

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





Bibliografía

	
Publicación	Gynecologic Oncology. Nov. Received 1 May 2007. Available online 12 July 2007.
Título	<p><i>ACCURACY OF INTRAOPERATIVE FROZEN SECTION ANALYSIS IN BORDERLINE TUMORS OF THE OVARY: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 96 CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE.</i></p> <p>PRECISIÓN DEL ANÁLISIS DE <i>BIOPSIA CONGELADA</i> INTRAOPERATORIA EN LOS TUMORES BORDERLINE DEL OVARIO: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 96 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.</p>
Autor/es	Clemens B. Tempfer, Stephan Polterauer, Eva-Katrin Bentz, Alexander Reinthaller and Lukas A. Hefler.
Objetivo	Determinar la sensibilidad y valor predictivo positivo (VPP) del diagnóstico intraoperatorio mediante biopsia congelada de los tumores borderline del ovario (TBO).
Métodos	Análisis retrospectivo en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Viena, entre 1995 y 2007, y revisión de la literatura. Se compararon el análisis de la biopsia congelada y el informe histológico definitivo. Se usaron modelos de regresión univariante y multivariante para determinar la influencia del paciente y las características del tumor en la probabilidad de sobre e infradiagnóstico.
Resultados	La concordancia entre el diagnóstico mediante biopsia congelada y la histología definitiva fue observada en 69/96 (71,9%) pacientes, mostrando una sensibilidad global y un valor predictivo positivo de 75,0% y 94,5%, respectivamente. El infradiagnóstico y el sobrediagnóstico ocurrió en 27/96 (28%) y en 0/96 (0%) pacientes, respectivamente. En un análisis uni y multivariante, el diámetro del tumor, pero no la edad de la paciente, la histología tumoral, el estadio, la presencia de tumor bilateral, el CA 125 en suero y la presencia de endometriosis concurrente fueron, y predictor de infradiagnóstico, por análisis de sección congelada. Se identificaron 29 estudios que investigaban la precisión del análisis por sección congelada de TBO. Tres estudios

	exclusivamente y el presente estudio fueron reunidos, mostrando una sensibilidad global y un VPP del 140, 48 y 33 casos, respectivamente. Se identificó infra y sobrediagnóstico en 21/317 (6,6%) y en 97/317 (30,6%) casos, respectivamente.
Conclusión	El diagnóstico mediante biopsia congelada de los TBO tiene una baja sensibilidad y un VPP y el sobrediagnóstico y el infradiagnóstico son frecuentes. El manejo quirúrgico basado en la sección congelada debería ser usado con cautela.



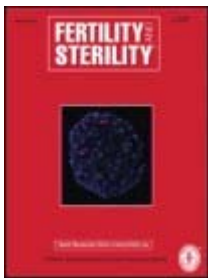

	
Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 197: 359.e1-359.e6.
Título	<i>HIGH-RISK CERVICAL EPITHELIAL NEOPLASIA GRADE 1 TREATED BY LOOP ELECTROSURGICAL EXCISION: FOLLOW-UP AND VALUE OF HPV TESTING.</i> NEOPLASIA EPITELIAL CERVICAL GRADO 1 DE ALTO RIESGO TRATADA CON ESCISIÓN CON ASA DE ELECTROCIRUGÍA: SEGUIMIENTO Y VALOR DEL TEST DE VPH.
Autor/es	Alonso I, Torné A, Puig-Tintoré LM, Esteve R, Quinto L, García S, Campo E, Pahisa J and Ordi J.
Objetivo	Este estudio se realizó para evaluar el valor del test del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo en el seguimiento de la neoplasia intraepitelial de grado 1/lesión intraepitelial escamosa de bajo grado tratada con el procedimiento del asa diatérmica según los criterios de riesgo establecidos por la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (por ejemplo colposcopia insatisfactoria o curetaje endocervical positivo, persistencia de neoplasia intraepitelial grado 1/lesión intraepitelial escamosa de bajo grado o infección por VPH de alto riesgo durante un período menor a dos años en pacientes mayores de 40 años).
Diseño del estudio	Setenta y siete mujeres con neoplasia intraepitelial de grado 1/lesión intraepitelial escamosa de bajo grado se trataron con excisión con asa diatérmica y fueron seguidas con colposcopia, citología y detección de VPH de alto riesgo con captura híbrida II.
Resultados	Más del 67% (67,6%) de las mujeres tuvieron neoplasia intraepitelial de grado 1 en la muestra; 22% neoplasia intraepitelial cervical grado 2-3; y 10,4% no tenían lesión. El test VPH pretratamiento fue positivo en el 100% de las neoplasias intraepiteliales grado 2-3, en el 93,5% de las neoplasias cervicales intraepiteliales grado 1 y en el 14,3% de casos sin lesión ($p < 0,01$). El test para VPH de alto riesgo pretratamiento fue positivo en todos los casos que eventualmente desarrollaron enfermedad residual/recurrente. El 50% de mujeres con carga viral pretratamiento mayor de 100 unidades relativas desarrollaron enfermedad residual/recurrente. El test VPH de alto riesgo postratamiento durante el seguimiento alcanzó una sensibilidad y un valor predictivo negativo del 100% para detectar enfermedad residual recurrente.
Conclusión	Las pacientes con lesión intraepitelial escamosa de bajo grado/neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 y factores de riesgo tienen un riesgo significativo de desarrollar una neoplasia cervical intraepitelial de grado 2-3. Se debe considerar un abordaje conservador cuando el test basal para VPH de alto riesgo es negativo. Cargas virales para VPH de alto riesgo elevadas pretratamiento deberían considerarse un factor de riesgo para desarrollar enfermedad residual/recurrente. La captura híbrida II postratamiento tiene una sensibilidad extremadamente elevada para detectar recurrencias.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 197: 369.e1-369.e4..
Título	<i>THE ASSOCIATION OF CROWN-RUMP LENGTH DISCORDANCE IN TWIN GESTATIONS WITH ADVERSE PERINATAL OUTCOMES.</i> LA ASOCIACIÓN DE DISCORDANCIA EN LA LONGITUD CEFALO-RAQUÍDEA EN

	GESTACIONES GEMELARES CON RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS.
Autor/es	Tai J and Grobman WA.
Objetivo	El propósito de este estudio fue evaluar la asociación entre la diferencia en la longitud cefalo-raquídea (CRL) en gestaciones gemelares y los resultados adversos del embarazo.
Diseño del estudio	Se identificaron a las mujeres con ecografía del primer trimestre con gestación gemelar que finalizaron entre junio de 2000 y marzo de 2006 en el Northwestern Memorial Hospital. Se examinó la asociación entre diferencias en los CRLs y los resultados del embarazo.
Resultados	De las 178 gestaciones gemelares que se escogieron para el estudio, la diferencia mediana en los CRLs fue de 4,2% y la diferencia mediana en el peso al nacimiento el 9,3%. Las gestaciones con una diferencia de CRL en el percentil 85 (11,1%) fueron más propensas a tener pesos discordantes al nacimiento y a tener al menos 1 gemelo pequeño para la edad gestacional, requerir ingreso en Neonatología y tener mayor morbilidad perinatal.
Conclusión	Las diferencias de CRLs en el percentil 85 se asocian con medidas severas de resultado adverso perinatal.



	
Publicación	Fertil Steril. 2007 Nov; 88 (5): 1288-92.
Título	<i>COMPARISON OF THE EFFECT OF SINGLE-DOSE AND MULTIPLE-DOSE METHOTREXATE THERAPY ON TUBAL PATENCY.</i> COMPARACIÓN DEL EFECTO SOBRE LA PERMEABILIDAD TUBÁRICA DE LA MONOTERAPIA CON METOTREXATO FRENTE AL TRATAMIENTO MULTIDOSIS.
Autor/es	Emine Seda Guvendag Guven, Serdar Dilbaz, Berna Dilbaz, Dilek Sahin Ozdemir, Derya Akdag and Ali Haberal.
Objetivo	Comparar la permeabilidad tubárica por medio de histerosalpingografía (HSG) en mujeres con gestación ectópica no accidentada, tras tratamiento médico con metotrexato (MTX) en dosis única y múltiples.
Diseño	Serie de casos y análisis estadístico retrospectivo.
Lugar	Maternidad y Hospital Universitario de Turquía.
Pacientes	61 mujeres tratadas con MTX con gestación tubárica no accidentada.
Intervenciones	31 mujeres recibieron una sola dosis de MTX y 30 recibieron dosis múltiples. La HSG se realizó entre 4 y 6 meses después del tratamiento para analizar la permeabilidad tubárica.
Principales resultados medibles	Tasas de obstrucción de las trompas ipsi y contralateral.
Resultados	La trompa ipsilateral fue permeable en 17 de 30 mujeres (56,7%) tras varias dosis de MTX y en 26 de 31 mujeres (83,9%) tras una dosis única. La permeabilidad de la trompa contralateral fue mayor tras una dosis única, aunque el valor no alcanzó significación estadística. Se estudiaron otras variables: edad, paridad, títulos iniciales de

	BHCG, tamaño de la masa anexial, pero sólo el tipo de tratamiento fue encontrado como predictor de obstrucción tubárica.
Conclusiones	La terapia multidosis con MTX parece tener un mayor efecto negativo sobre la obstrucción tubárica ipsilateral que la terapia de dosis única.



Publicación	Fertil Steril. 2007 Nov; 88 (5): 1396-1403.
Título	<i>FIRST TRIMESTER BACTERIAL VAGINOSIS, INDIVIDUAL MICROORGANISM LEVELS AND RISK OF SECOND TRIMESTER PREGNANCY LOSS AMONG URBAN WOMEN.</i> VAGINOSIS BACTERIANA EN EL PRIMER TRIMESTRE, NIVEL INDIVIDUAL DE MICROORGANISMOS Y RIESGO DE PÉRDIDA FETAL EN EL SEGUNDO TRIMESTRE EN MUJERES URBANAS.
Autor/es	Deborah B. Nelson, Scarlett Bellamy, Irving Nachamkin, Roberta B. Ness, George A. Macones and Lynne Allen-Taylor.
Objetivo	Evaluar el papel de la vaginosis bacteriana durante el primer trimestre del embarazo en relación con la pérdida del mismo durante el segundo trimestre.
Diseño	Estudio prospectivo de cohortes.
Lugar	Centros clínicos urbanos de atención prenatal en Philadelphia, Pennsylvania.
Pacientes	1.948 mujeres que acuden a la primera visita prenatal con una edad gestacional máxima de 12 + 6 semanas.
Principales resultados medibles	Pérdida del embarazo.
Resultados	La edad gestacional media fue de 10 semanas (7,4-12,6). Las mujeres con vaginosis bacteriana tienen un riesgo dos veces mayor de perder la gestación en el segundo trimestre que las mujeres sin vaginosis. (HR 2,49 [1,13 – 5,48]). La ausencia de Lactobacillus o unos bajos niveles de estos también se asocian a un mayor riesgo de perder la gestación (HR 2,30 [1,09-4,85] y HR 1,32 [1,10-1,64]).
Conclusiones	La presencia de vaginosis bacteriana en el primer trimestre de gestación se asocia a un mayor riesgo de pérdida del embarazo durante el segundo trimestre.



	
Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. November 2007; 135: 73-75.
Título	<i>CONTRACEPTIVE PRACTICES AND TRENDS IN SPAIN : 1997–2003.</i> PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS Y TENDENCIAS EN ESPAÑA: 1997-2003.
Autor/es	Lete I, Dueñas JL, Martínez-Salmeán J, Parrilla JJ, Serrano I, Bermejo R, Coll C and Doval JL.
Objetivo	Conocer el uso de anticonceptivos y las tendencias en la población femenina de España.
Material y métodos	Desde 1997 hemos realizado una revisión cada 2 años sobre el empleo de métodos anticonceptivos entre una muestra representativa de mujeres españolas potencialmente fértiles.
Resultados	En el período entre 1997-2003 el porcentaje del uso de métodos anticonceptivos en España fue desde un 55,6% a un 71,2%. El método más comúnmente usado fue el preservativo (21% en

	1997, 21,9% en 1999, 29,5% en 2001 y 35,7% en 2003), seguido del uso de píldora anticonceptiva (14,2%, 16,5%, 19,2% y 18,3% respectivamente). La esterilización masculina o femenina es estable con porcentajes de uso del 5-7%. Los DIUs se usaron en un 5% de las mujeres.
Conclusiones	El empleo de métodos anticonceptivos entre las mujeres españolas potencialmente fértiles generalmente encaja bastante bien con el modelo encontrado en otros países desarrollados y observamos una tendencia hacia el aumento del empleo de métodos eficaces.





Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. November 2007; 135: 53-57.
Título	<i>OUTCOME FOR CHILDREN INFECTED WITH CONGENITAL TOXOPLASMOSIS IN THE FIRST TRIMESTER AND WITH NORMAL ULTRASOUND FINDINGS: A STUDY OF 36 CASES.</i> RESULTADOS EN NIÑOS INFECTADOS CON TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA EN EL PRIMER TRIMESTRE Y CON HALLAZGOS ECOGRÁFICOS NORMALES: UN ESTUDIO DE 36 CASOS.
Autor/es	Alain Berrebi, Magali Bardou, Marie-Helene Bessieres, Dorota Nowakowska, Romina Castagno, Michel Rolland, Martine Wallon, Jacqueline Franck, André Bongain, Patricia Monnier-Barbarino, Corinne Assouline and Sophie Cassaing.
Objetivo	Queríamos investigar el pronóstico de niños infectados por <i>Toxoplasma gondii</i> durante el primer trimestre de embarazo y en los que los hallazgos ecográficos eran completamente normales, para averiguar si la toxoplasmosis congénita justificaría o no la terminación del embarazo aunque no hubiera ninguna alteración fetal en la ecografía.
Material y métodos	Se llevó a cabo un estudio prospectivo y retrospectivo en 12 centros franceses que reclutaron 36 niños infectados por <i>Toxoplasma gondii</i> durante el primer trimestre de embarazo y en los que los exámenes ecográficos no mostraron anomalías. Se analizaron los resultados de esos niños después de los 12 meses de edad (media 50 meses, rango 12-144 meses).
Resultados	De los 36 niños infectados, 28 (78%) presentaron toxoplasmosis subclínica. Tan sólo persistieron los anticuerpos IgG específicos después de un año. La principal manifestación en 7 niños (19%) fue coriorretinitis sin pérdidas graves de visión. Su desarrollo intelectual fue enteramente normal. Un niño (3%) desarrolló toxoplasmosis congénita severa.
Conclusiones	Hasta un 97% de los niños infectados con <i>Toxoplasma gondii</i> durante el primer trimestre de embarazo son asintomáticos o sólo levemente afectados. Creemos que en tales circunstancias la terminación del embarazo no está indicada. Sin embargo, el tratamiento apropiado es fundamental y los controles prenatales ecográficos no deben presentar ninguna anomalía.



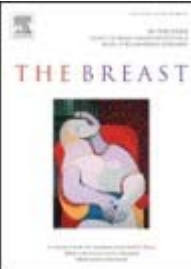

Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. November 2007; 135: 21-27.
Título	<i>EFFECT OF LATENCY PERIOD AFTER PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES ON 2 YEARS INFANT MORTALITY (DOMINOS STUDY).</i> EFECTO DEL PERÍODO DE LATENCIA DESPUÉS DE LA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS EN LA MORTALIDAD INFANTIL EN 2 AÑOS (ESTUDIO DOMINOS).
Autor/es	Jean-Charles Pasquier, Emmanuel Bujold, Muriel Rabilloud, Jean-Charles Picaud, René Ecochard, Olivier Claris, Stephanie Moret and Georges Mellier.
Objetivo	Asesorar sobre el impacto de un corto período de latencia después de la rotura prematura de membranas pretérmino (PPROM) en la mortalidad infantil.
Material y métodos	Se realiza un estudio prospectivo de cohortes en mujeres con PPRM entre 24 y 33 semanas de gestación en embarazos únicos en todas las maternidades de la región Rhone-Alpes. Los resultados neonatales e infantiles se compararon según el período de latencia (<48h y >48h). El resultado principal fue la tasa de mortalidad y el secundario una combinación de importantes trastornos neurológicos a los 2 años de edad. Los resultados se estratificaron de acuerdo a la edad gestacional en el momento de la ruptura. Se realizaron análisis univariantes y de regresión logística múltiple con el software estadístico SAS.

Resultados	Se reclutaron en el estudio 471 mujeres con una media de edad gestacional entre 30,5 +/- 0,2 semanas. 170 (37%) presentaban un período de latencia <48h y 301 (63%) >48h de período de latencia. Si bien antes de la 30 semana de gestación, la tasa de mortalidad fue mayor en los recién nacidos con un corto período de latencia (16,3% frente al 7,3%, p< 0,01), siendo la enfermedad pulmonar la principal causa de muerte, un corto período de latencia se asoció con una menor tasa de mortalidad después de la semana 30 de gestación (0% frente al 3,7%, p=0,02). Después de ajustar según factores de confusión, un período de latencia <48h es un factor independiente asociado a la mortalidad infantil antes de las 30 semanas (odds ratio 3,8, 95% intervalo de confianza). Las alteraciones neurológicas significativas no estaban modificadas según la duración del período de latencia.
Conclusiones	Para las PPROM que ocurren antes de la semana 30 de gestación, un corto período de latencia se asoció con una mayor tasa de mortalidad infantil. Inversamente, estaba asociado con una menor tasa de mortalidad después de la semana 30. Existe una urgente necesidad de evaluación del manejo expectante de PPROM después de la semana 30 de gestación.



	
Publicación	Obstetrics & Gynecology. 110(4): 885-891, Octubre 2007.
Título	<i>OBSTETRIC OUTCOMES AND CONGENITAL ABNORMALITIES AFTER IN VITRO MATURATION, IN VITRO FERTILIZATION AND INTRACYTOPLASMIC SPERM INJECTION.</i> RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y ANORMALIDADES CONGÉNITAS DESPUÉS DE MADURACIÓN IN VITRO, FERTILIZACIÓN IN VITRO Y DE LA INYECCIÓN INTRACITOPLÁSMICA DE ESPERMA.
Autor/es	Buckett William M, Chian Ri-Cheng, Holzer Hananel MD, Dean Nicola, Usher Robert MD and Tan Seang Lin MBBS.
Objetivo	Comparar los resultados obstétricos y anomalías congénitas en embarazos concebidos después de maduración in vitro (IVM), de FIV y de inyección intracitoplásmica de esperma (ICSI) con embarazos espontáneos.
Material y métodos	Los datos fueron recogidos de la base de datos McGill de Obstetricia y Neonatología (MOND). Examinaron y fueron clasificados todos los niños de una manera estándar. Los datos finales fueron revisados 12 meses después de la entrega. Los embarazos por IVM, IVF e ICSI fueron comparados con los de los controles agrupados según edad y paridad. Se compararon las anomalías congénitas, la edad gestacional, el peso del recién nacido, el Apgar, el pH, el retardo de crecimiento, las complicaciones del embarazo, el tipo de parto y el embarazo múltiple.
Resultados	Un total de 432 niños nacidos de 344 embarazos después de técnicas de reproducción asistida durante el período del estudio (IVM 55, IVF 217, ICSI 160). Los cocientes observados de las probabilidades (ORs) para cualquier anomalía congénita eran 1,42 (el intervalo de la confianza (CI) del 95%: 0,52-3,91) para IVM, 1,21 (CI del 95%: 0,63-2,62) para IVF y 1,69 (CI del 95%: 0,88-3,26) para ICSI. El embarazo gemelar (IVM el 21%, IVF el 20%, ICSI el 17%) y el embarazo triple (IVM el 5%, IVF el 3%, ICSI el 3%) eran más altos que en los controles (1,7% gemelar y triple del 0%) =P<,001. Las tasas de cesáreas eran mayores después de técnicas de reproducción asistida, incluso en embarazos simples (IVM el 39%, IVF el 36%, ICSI el 36%; controles: 26,3%) = P<,05. El Apgar, el pH, el retraso de crecimiento y las complicaciones del embarazo eran comparables en todos los grupos.
Conclusiones	Todos los embarazos por técnicas de reproducción asistida se asocian a un aumento del riesgo de embarazo múltiple, cesárea y anomalías congénitas. Nivel de evidencia: II



	
Publicación	The Breast Journal, June 2007;16: 625-636.
Título	<p><i>T4 BREAST CANCER UNDER CLOSER INSPECTION: A CASE FOR REVISION OF THE TNM CLASSIFICATION.</i></p> <p>INSPECCIÓN DEL CANCER DE MAMA EN ESTADIO T4: UN CASO PARA LA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN TNM.</p>
Autor/es	Güth U, Huang DJ, Holzgreve W, Wight E and Singer G.
Resumen	<p>La afectación de piel en el cáncer de mama hace que éste se clasifique dentro de la categoría de mayor gradación, dentro del más alto estadio no metastático de la enfermedad (T4/estadio III según la clasificación TNM). Esta visión tradicional ya no es justificable ya que los tumores que muestran afectación de piel no inflamatoria (T4b) comprenden un amplio y heterogéneo grupo con un alto porcentaje de tumores de pequeño tamaño. Analizando este grupo de tumores se puede observar que bajo un mismo grupo hay cánceres con pronósticos e implicaciones terapéuticas muy distintas. Esto transgredie el principio de clasificación TNM de los tumores que agrupa en una misma categoría a tumores con las mismas características de extensión y pronóstico. Además, la definición de afectación no inflamatoria de la piel está mal planteada debido al grupo heterogéneo de pequeños tumores incluidos en este grupo en los que los hallazgos histológicos no se corresponden con su comportamiento clínico. Por estas razones, creemos que es necesario revisar la categoría T4 actual. Recomendamos que se elimine la actual clasificación en T4a-c y debería clasificarse según su tamaño, manteniéndose el T4d para el carcinoma inflamatorio por su especial mal pronóstico. Esta propuesta se parece más a los objetivos de la clasificación TNM. Las definiciones y guías respecto al carcinoma inflamatorio deberían ser adaptadas a la nomenclatura internacional.</p>



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



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

Persona de contacto: José María Hijarrubia. produc@imc-sa.es