



Coordinado por la doctora Teresa Redondo

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



Bibliografía



Publicación	Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 Feb;29(2):205-9.
Título	<i>THE VALUE OF MEASURING ENDOMETRIAL THICKNESS AND VOLUME ON TRANSVAGINAL ULTRASOUND SCAN FOR THE DIAGNOSIS OF INCOMPLETE MISCARRIAGE.</i> EL VALOR DE LA MEDIDA DEL GROSOR ENDOMETRIAL Y DEL VOLUMEN MEDIANTE ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ABORTO INCOMPLETO.
Autor/es	Sawyer E , Ofuasia E , Ofili-Yebovi D , Helmy S , Gonzalez J , Jurkovic D.
Objetivo	Identificar las medidas ecográficas que predictores de la presencia de productos ovulares retenidos (POR) dentro de la cavidad uterina en mujeres con diagnóstico clínico de aborto incompleto.
Método	Estudio prospectivo observacional, realizado en una unidad de tratamiento de gestación precoz de un hospital universitario de Londres. El grosor endometrial y el volumen de los supuestos restos ovulares retenidos se midieron mediante ecografía transvaginal preoperatoriamente. Las indicaciones de cirugía fueron el sangrado vaginal abundante o sangrado continuo durante más de 7 días. El principal indicador fue la evidencia de vellosidades coriónicas en el material quirúrgico extraído.
Resultados	De todos los pacientes, 109 (85%) tenían evidencia de vellosidades coriónicas en la histología, mientras que sólo encontraron decidua en los 19 restantes (15%). No se identificó un punto de corte para el grosor endometrial o el volumen que pudiera emplearse para diferenciar entre restos ovulares retenidos o sólo decidua.
Conclusiones	La medida del grosor endometrial o del volumen mediante ecografía no son buenos indicadores de diagnóstico de aborto incompleto.




Publicación	Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 Feb;29(2):215-25.
Título	<i>DOES THREE-DIMENSIONAL POWER DOPPLER ULTRASOUND HELP IN DISCRIMINATION BETWEEN BENIGN AND MALIGNANT OVARIAN MASSES?</i> ¿AYUDA LA ECOGRAFÍA POWER DOPPLER TRIDIMENSIONAL EN LA DISCRIMINACIÓN ENTRE MASAS OVÁRICAS BENIGNAS Y MALIGNAS?
Autor/es	Jokubkiene L , Sladkevicius P , Valentin L.
Objetivo	Determinar si la vascularización del tumor medida por ecografía power Doppler 3D puede emplearse para discriminar entre tumoraciones ováricas malignas o benignas, si añadir la ecografía power Doppler 3D a la ecografía en escala de grises mejora la diferenciación entre benignidad y malignidad, y si la ecografía power Doppler 3D añade más información a la ecografía en escala de grises de la que nos proporciona la ecografía power Doppler 2D.
Método	Ciento seis mujeres elegidas para cirugía por masa ovárica fueron examinadas con ecografía transvaginal en escala de grises y con ecografía 2D y 3D power Doppler. El color que contenía el tumor fue evaluado subjetivamente por el ecografista mediante una escala visual analógica. El índice de vascularización (IV), índice de flujo (IF) y el índice de vascularización flujo (IVF) fue calculado en todo el tumor y en una muestra de 5 cm 3 tomada de la zona más vascularizada del tumor. Se realizó un análisis de regresión logística para crear modelos que predigan malignidad.
Resultados	Encontramos 79 tumores malignos, 6 tumores border-line y 21 invasivos malignos. Se creó un modelo de regresión logística para predecir malignidad que incluyó sólo las variables ecográficas en escala de grises (la medida del componente sólido mayor, irregularidad de la pared y tamaño de la lesión). Tenía un área bajo la curva (ROC) de 0,98, una sensibilidad del 100%, tasa de falsos positivos del 10% y un ratio de probabilidad positiva de 10 cuando empleamos el mejor punto de corte matemático para riesgo de malignidad (0,12). El rendimiento diagnóstico del índice de flujo 3D fue superior al del estudio color del tumor (área bajo la curva ROC de 0,92 vs. 0,80, sensibilidad del 93% vs. 78%, tasa de falsos positivos del 16% vs. 27%).
Conclusiones	Aunque la ecografía power Doppler 2D y 3D pueden emplearse para discriminar entre tumores ováricos malignos y benignos, su empleo sólo añade algo a un correcto diagnóstico de malignidad en la población normal de tumores ováricos. La cuantificación objetiva del contenido color del estudio ecográfico del tumor mediante power Doppler 3D no parece añadir información a la obtenida mediante ecografía en escala de grises que da una cuantificación subjetiva por el ecografista, que emplea la ecografía power Doppler 2D.



Publicación	Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 Feb;29(2):210-4.
Título	<i>RELIABILITY AND VALIDITY OF TISSUE VOLUME MEASUREMENT BY THREE-DIMENSIONAL ULTRASOUND: AN EXPERIMENTAL MODEL.</i> REPRODUCIBILIDAD Y VALIDEZ DE LA MEDIDA DEL VOLUMEN TISULAR POR ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL: UN MODELO EXPERIMENTAL.
Autor/es	Martins WP , Ferriani RA , Barra DA , Dos Reis RM , Bortolheiro MA , Nastro CO , Filho FM. Departamento de Ginecología e Obstetricia da Facultad de Medicina de Ribeirao Preto, Universidade de Sao Paulo and Escola de Ultra-sonografia de Ribeirao Preto, Ribeirao Preto, Brazil.
Objetivo	Determinar la validez y la reproducibilidad intra e interobservador en las medidas del volumen de un modelo endometrial-like, empleando la técnica de rotación de la ecografía tridimensional (3D).
Método	Los datos ecográficos 3D se obtuvieron de una muestra de hígados bovinos que contenían una porción de músculo de pechuga de pollo (MPP). El proceso se repitió siete veces empleando piezas de MPP de diferentes tamaños, obteniendo siete datos. Cada porción de MPP se colocó en una cámara medidora de volumen rellena de agua y se midió el volumen "actual" calculando el desplazamiento del agua. Para cada dato obtenido, calculamos diez volúmenes por dos observadores empleando el programa VOCAL con un ángulo de rotación de 15 grados. Calculamos la reproducibilidad mediante los coeficientes de correlación intraclase (CCI) y la validez estudiando el porcentaje de diferencia del volumen actual empleando los límites de acuerdo.
Resultados	El volumen medido de los tejidos orgánicos mediante el método rotacional de ecografía 3D fue

	altamente reproducible (ICC intraobservador, 0,998 para el observador 1 y 0,997 para el observador 2; CCI interobservador, 0,997) y válido (la tendencia y los límites de acuerdo del 95% en la diferencia de porcentaje con el volumen "actual" fue sólo de 0,57% (-3,07 a 4,21) y de -0,17% (-4,34 a 4,0) para el observador 2.
Conclusiones	Las medidas ecográficas 3D, empleando el programa VOCAL con un ángulo de rotación de 15 grados, para tejidos pequeños e irregulares es reproducible y válido, sugiriendo que es una técnica útil para la medida del volumen endometrial y otros volúmenes de tamaños similares.



	
Publicación	The Breast Feb 2007; 16 (1): 27-37.
Título	<i>DIFFICULTIES IN THE PREOPERATIVE DIAGNOSIS OF PHYLLODES TUMOURS OF THE BREAST: A STYDY OF 84 CASES.</i> DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE LOS TUMORES PHYLLODES DE LA MAMA : UN ESTUDIO DE 84 CASOS.
Autor/es	Foxcroft LM, Evans EB, Porter AJ.
Abstract	Nuestro objetivo es valorar la precisión de las distintas modalidades diagnósticas preoperatorias usadas, para distinguir los tumores phyllodes de otras entidades, principalmente fibroadenomas. La muestra constó de 84 tumores phyllodes (71 benignos, 8 borderline y 5 malignos) que se diagnosticaron durante un período de 16 años, realizándose un estudio retrospectivo de los mismos. La mamografía y ecografía no fueron específicas. Solo el 23% de las PAAF sugirió la posibilidad de tumor Phyllodes y el 65% de las BAG. La precisión fue mayor en tumores pequeños sugiriendo que los grandes necesitan más muestras. Un tercio de las pacientes tenían en la ecografía fibroadenomas concurrentes. Para los phyllodes a los que se les midió el crecimiento, éste fue mayor que el crecimiento de los fibroadenomas. El diagnóstico pre-quirúrgico de tumor phyllodes es difícil, sugiriéndolo sólo el rápido crecimiento y el gran tamaño de aparentes fibroadenomas en el diagnóstico de imagen. Es importante revisar más fibroadenomas con ultrasonidos para valorar la tasa de crecimiento.



Publicación	The Breast Feb 2007; 16 (1): 38-46.
Título	<i>PREDICTION OF BREAST TUMOR SIZE BY MAMMOGRAPHY ANS SONOGRAPHY – A BREAST SCREEN.</i> PREDICCIÓN DEL TAMAÑO DEL TUMOR CON MAMOGRAFÍA Y ULTRASONOGRAFÍA – UNA REVISIÓN DE LA MAMA.
Autor/es	Dummin LJ, Cox M, Plant L.
Abstract	Es importante una valoración precisa del tamaño tumoral cuando consideramos el acercamiento quirúrgico en los cánceres de mama, así como su estadificación correcta. Nuestro objetivo es investigar la capacidad de la mamografía y la ultrasonografía para predecir el patrón oro: el tamaño tumoral en los cánceres de mama. Se realizó un estudio retrospectivo de 400 carcinomas unifocales ductales invasivos comparándose la precisión de la ultrasonografía con la mamografía a la hora de medir el tamaño tumoral respecto al tamaño real en las piezas histológicas. Se establecieron subgrupos para el tamaño tumoral, tipo y grado de la lesión. Se



consideraron también las correlaciones intramodales de las dimensiones del tumor.

La mamografía ($R^2 = 0,74$, $p < 0,001$), aunque sobreestimó ligeramente el tamaño tumoral, parece ser más útil que la ultrasonografía ($R^2 = 0,60$, $p < 0,001$) según el análisis logístico de los datos. La significación de la correlación para ambos métodos de imagen decreció para tumores mayores de 20 mm. La ultrasonografía infraestimó lesiones en más del 50% de los casos, el promedio de esta infraestimación fue de 9,9 mm con un rango de 1- 30 mm . La mamografía es la prueba aislada que predice mejor el tamaño histológico tumoral, aunque debe ser considerada junto con la ecografía para una mayor precisión en la medida prequirúrgica.



Publicación	The Breast Feb 2007 ; 16 (1) :13-16.
Título	<i>TECHNICAL TRICKS TO IMPROVE THE COSMETIC RESULTS OF BREAST-CONSERVING TREATMENT.</i> TRUCOS TÉCNICOS PARA MEJORAR LOS RESULTADOS ESTÉTICOS EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA MAMA.
Autor/es	Petit JY, De Lorenzi F, Rietjens M, Intra M, Martella S, Garusi C et al.
Abstract	El artículo describe las diferentes maniobras y detalles técnicos que pueden ayudar al cirujano general a mejorar los resultados antiestéticos después de un tratamiento conservador del cáncer de mama. Entre ellos, el plan preoperatorio, la posición de la paciente en el quirófano, la movilización del tejido glandular cuando el tumor ha sido extirpado. Todas estas maniobras contribuyen a conseguir una mejor simetría con la mama sana y a mejorar el resultado final antiestético, minimizando el conflicto quirúrgico al realizar grandes resecciones para un óptimo control de la enfermedad local y las consecuentes deformidades posteriores de la mama.





	
Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. February 2007, 130 (2): 176-17.
Título	<i>ULTRASONOGRAPHIC CERVICAL LENGTH MEASUREMENT AT 10–14 AND 20–24 WEEKS GESTATION AND THE RISK OF PRETERM DELIVERY.</i> MEDIDA DE LA LONGITUD CERVICAL EN LAS SEMANAS 10-14 Y 20-24 DE GESTACIÓN Y EL RIESGO DE PARTO PRETÉRMINO.
Autor/es	Ozdemir I, Demirci, Yucel O and Erkorkmaz U.
Objetivo	Comparar las medidas de longitud cervical en embarazos en la semana 10-14 y 20-24 en mujeres asintomáticas, con gestaciones únicas y evaluar las medidas como predictor de prematuridad.
Material y métodos	En este estudio prospectivo se midió la longitud cervical en 152 mujeres asintomáticas con embarazos únicos usando ecografía transvaginal en las semanas 10-14 y 20-24 de gestación. El principal parámetro estudiado fue la prematuridad espontánea antes de la semana 35 de gestación. La longitud cervical fue calculada en ambas etapas y las longitudes se compararon entre los grupos de parto a término y pretérmino.
Resultados	La tasa de partos espontáneos pretérmino fue del 10,5%. La longitud en la semana 10-14 y 20-25 fue de 40,5 y 37,1 mm, respectivamente. No hubo diferencias significativas entre la longitud cervical calculada en la semana 10-14 entre los que llegaron a término (40,9 mm) y los pretérmino (38,6 mm). Por el contrario, la longitud cervical en la semana 20-24 fue significativamente más corta en el grupo que presentó parto pretérmino (28.4 mm) que en

	aquellos que llegaron a término (37,8 mm) ($P < 0,001$). El acortamiento cervical fue más importante en el grupo pretérmino (de 38,6 a 28,4 mm) que en los que llegaron a término (de 40,9 mm a 37,8 mm).
Conclusión	La medida de longitud cervical usada como predictor de parto pretérmino resultó ser más predictiva en la semana 20-24. La medida de la longitud en la semana 10-14 no fue fiable como predictor de parto pretérmino. La longitud cervical principal disminuyó gradualmente de la primera a la segunda medida, y el acortamiento más rápido se encontró asociado con el incremento del riesgo del parto pretérmino.



Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. February 2007, 130 (2): 258-261.
Título	<i>IS VAGINAL HYSTERECTOMY A RISK FACTOR FOR URINARY INCONTINENCE AT LONG-TERM FOLLOW-UP?</i> ¿ES UN FACTOR DE RIESGO LA HISTERECTOMÍA VAGINAL PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN UN SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO?
Autor/es	Tayrac R, Chevalier N, Chauveaud-Lambling A, Gervaise A and Fernández H.
Objetivo	El propósito de este estudio fue evaluar la prevalencia de síntomas urinarios en un seguimiento a largo plazo después de una histerectomía vaginal.
Material y métodos	Ciento diecisiete pacientes, a las que se les realizó una histerectomía vaginal por menorragia, desde febrero de 1991 hasta diciembre de 2001, contestaron un cuestionario sobre los nuevos síntomas urinarios. El grupo control fue una población de 116 pacientes, quienes recibieron un tratamiento conservador por sangrado uterino disfuncional mediante termocoagulación endometrial desde enero de 1994 a diciembre de 2001.
Resultados	Las características de las pacientes (edad, paridad, hábito tabáquico y bebedor) fueron similares en los dos grupos. El seguimiento fue de 4,6 +/- 2,2 ños (1,5-11) después de la histerectomía vaginal y 4 +/- 1.8 años (1,5-7) tras el tratamiento conservador. La prevalencia de los síntomas urinarios, incluida la urgencia e incontinencia de estrés, fueron exactamente similar en los dos grupos.
Conclusión	Este estudio revela que no aumenta el riesgo de urgencia o incontinencia de estrés tras un largo período de seguimiento, después de una histerectomía vaginal, comparado con el tratamiento conservador.



	
Publicación	American Journal Obstetrics and Gynecology 2007;196:37.e1-37.e8.
Título	<i>RANDOMIZED DOUBLE-BLIND PLACEBO-CONTROLLED TRIAL OF TRANSDERMAL NITROGLYCERIN FOR PRETERM LABOR.</i> ESTUDIO RANDOMIZADO DOBLE CIEGO CONTROLADO PLACEBO-NITROGLICERINA TRANSDÉRMICA PARA PARTO PRETÉRMINO.

Autor/es	Smith GN, Walter MC, Ohlsson A, O'Brien K, Windrim R.
Objetivo	A pesar de los avances en medicina perinatal la incidencia del parto pretérmino continúa aumentando. El objetivo primario del tratamiento tocolítico es reducir la morbilidad y mortalidad neonatal. Mientras varios estudios han demostrado una prolongación de la gestación, ningún tratamiento tocolítico ha demostrado mejorar los resultados neonatales. El objetivo de este estudio randomizado controlado con placebo es determinar el efecto de la nitroglicerina transdérmica en el resultado neonatal en mujeres que presentan parto pretérmino.
Diseño del estudio	Randomizamos a 153 mujeres de parto entre la semana 24 y 32 para recibir bien nitroglicerina transdérmica o placebo. El resultado primario estudiado fue una composición de la morbilidad neonatal (enfermedad pulmonar crónica, hemorragia intraventricular, leucomalacia periventricular, enterocolitis necrotizante) y mortalidad. Los resultados secundarios incluyeron parto entre las siguientes 48 horas, partos antes de la 28, 34 y 37 semanas, número de dosis de corticoides antenatales recibidas, efectos colaterales y efectos adversos.
Resultados	Los niños nacidos de madres tratadas con nitroglicerina (n=74) tuvieron una reducción de riesgo estadísticamente significativo en comparación con las madres tratadas con placebo (n=79)(RR 0,29 [IC 95% 0,08-1,00] [p=0,048]; riesgo diferencial -0,10 [IC 95% -0,19-0,01]; NNT 10 [IC 95% 5-100]. Se redujeron los nacimientos antes de las 28 S (RR 0,5; IC 95% 0,23-1,09). La nitroglicerina transdérmica causó significativamente más efectos colaterales maternos (RR 1,41; IC 95% 1,06-1,86).
Conclusión	La nitroglicerina transdérmica puede reducir la morbilidad y mortalidad neonatal como resultado de disminución del riesgo de parto antes de las 28 S.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007;196;29.e1-29.e6.
Título	<i>BEYOND ACCESS: ACCEPTABILITY, USE AND NONUSE OF EMERGENCY CONTRACEPTION AMONG YOUNG WOMEN.</i> CON ACCESO: ACEPTABILIDAD, UTILIZACIÓN Y NO UTILIZACIÓN DE CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA ENTRE MUJERES JÓVENES.
Autor/es	Rocca CH, Schwarz EB, Stewart FH, Darney PD, Raine TR, Harper CC.
Objetivo	Este estudio se realiza para ver la aceptabilidad de la contracepción de emergencia con levonorgestrel.
Diseño del estudio	Examinamos actitudes y uso de patrones entre 1.950 mujeres en un estudio randomizado para evaluar el acceso a contracepción de emergencia a través de provisión previa, farmacias o clínicas.
Resultados	La mayoría de mujeres consideraron que la contracepción de emergencia era segura (92%) y efectiva (98%). En comparación con las mujeres con acceso a través de clínicas, las mujeres con acceso directo a la farmacia eran menos partidarias de usar contracepción de emergencia en las primeras 24 horas (OR=1,65, IC 95%=0,77-2,56). De todos modos las mujeres con provisión previa eran más partidarias de utilizar la contracepción de emergencia precozmente (OR=2,43 IC 95% = 1,24-2,8) y comentaron alta conveniencia (OR=4,25 IC 95%=2,32-7,76). La provisión previa aumentó el uso por todas las mujeres, mientras que el acceso directo a la farmacia aumentó el uso sólo entre usuarias de preservativo. La inconveniencia y el miedo a los efectos secundarios eran las razones comunes de no utilización de contracepción de emergencia.
Conclusión	Las mujeres vieron la contracepción de emergencia favorablemente. La provisión previa mejoró la precocidad y conveniencia de uso sobre todo, mientras que el acceso a través de farmacias beneficia sólo a población específica.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007;196:31.e1-31.e7.
Título	<i>BLEEDING PATTERNS AFTER MISOPROSTOL VS SURGICAL TREATMENT OF EARLY PREGNANCY FAILURE: RESULTS FROM A RANDOMIZED TRIAL.</i> PATRONES DE SANGRADO TRAS MISOPROSTOL VS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ABORTO PRECOZ: RESULTADOS DE UN ESTUDIO RANDOMIZADO.

Autor/es	Davis AD, Hendlish SK , Westhoff C, Frederick MM, Zhang J, Gilles J, Barnhart K, Creinin MD.
Objetivo	El objetivo de este estudio era describir los patrones de sangrado tras administración de misoprostol o tras legrado para el aborto precoz.
Diseño del estudio	Éste era un estudio randomizado que incluía a mujeres (n=652) con aborto temprano. Las participantes fueron asignadas a misoprostol vaginal (800 µg) o legrado en una ratio 3 a 1. Las participantes registraron el sangrado diario. Medimos los niveles de hemoglobina antes y a las 2 semanas del tratamiento.
Resultados	La disminución de los niveles de hemoglobina fue menor tras la utilización de misoprostol (-0,7 g/dL; SSD 1,2) que tras legrado (-0,2 g/dL; SD 0,9; p<0,001). Los mayores cambios en el nivel de hemoglobina (al menos 2g/dL) o los niveles más bajos de hemoglobina (<10 g/dL) fueron más frecuentes tras misoprostol (55/428 mujeres 12,8%) que tras legrado (6/135 mujeres; 4,4%; p=0,02). Más participantes del grupo del misoprostol refirieron “algún sangrado” o “sangrado abundante” cada día del estudio. Cuatro mujeres que se trataron con misoprostol requirieron transfusión de sangre.
Conclusión	El sangrado es más fuerte y prolongado tras tratamiento médico con misoprostol que tras legrado por un aborto precoz, aunque el sangrado rara vez requiere intervención.



	
Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1571-7.
Título	<i>FETAL GROWTH RISK CURVES: DEFINING LEVELS OF FETAL RESTRICTION BY NEONATAL DEATH RISK.</i> CURVAS DE RIESGO DE CRECIMIENTO FETAL: DEFINIENDO NIVELES DE RESTRICCIÓN FETAL SEGÚN EL RIESGO DE MUERTE NEONATAL.
Autor/es	Boulet S.L, Alexander G.R, Slihu H. S, Kirty R. S, Carlo W. A.
Objetivo	Desarrollamos una curva de riesgo de crecimiento fetal que traza valores de peso al nacimiento por edad gestacional y refleja grupos de riesgo relativo de muerte neonatal de 2-, 2,5- y 3- con niños con crecimiento fetal normal.
Diseño del estudio	Analizamos 18.085.052 gestaciones únicas de fetos (25-42 semanas) que nacieron de madres residentes en EE.UU. entre 1996 y 2000. Se utilizaron modelos multivariantes para predecir la relación entre muerte neonatal y percentil del peso al nacimiento. Las curvas de riesgo fetal se derivaron de lastasa de mortalidad neonatal de percentil específico de peso al nacimiento que fueron relativas a una tasa media de muerte neonatal por un grupo comparativo que fue representativo de un crecimiento típico (ej., niños entre el percentil de peso al nacimiento 45° y 55° para su edad gestacional).
Resultados	El 10° percentil de peso al nacimiento para edad gestacional se asoció con un riesgo aumentado pero variable de muerte neonatal relativa al grupo de comparación entre el espectro de edades gestacionales. A las 26 semanas de gestación, los niños en el percentil 10° experimentaron un grupo de riesgo de 3 de muerte entre el a los 28 primeros días de vida (relativo al grupo comparativo), mientras que el riesgo a las 40 semanas era 1.13.
Conclusión	Las curvas de riesgo fetal facilitan la identificación de distintas poblaciones de niños en los que el riesgo de muerte está estimado en exceso en comparación con los niños de crecimiento fetal normal y pueden utilizarse para aconsejar a mujeres embarazadas.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1720-8.
--------------------	---

Título	<i>QUANTITATIVE ANALYSIS OF FETAL PULMONARY VASCULATURE BY 3-DIMENSIONAL POWER DOPPLER ULTRASONOGRAPHY IN ISOLATED CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA.</i> ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LA VASCULARIZACIÓN FETAL PULMONAR CON ECOGRAFÍA POWER DOPPLER 3-D EN HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA AISLADA.
Autor/es	Ruano R, Aubry MC, ÇBarthe B, Mitanchez D, Dumez Y, Benachi A.
Objetivo	El propósito de este estudio fue evaluar el potencial de la imagen de power Doppler tridimensional (3D) para predecir el resultado neonatal y la hipertensión arterial pulmonar (HAP) en hernias diafragmáticas congénitas (HDC).
Diseño del estudio	En este estudio prospectivo observacional, la ecografía 3D-power Doppler se realizó en 21 casos con HDC aislada entre las 23 y las 33 semanas de gestación y en 58 controles entre las 20 y las 40 semanas. Utilizando las mismas bases preestablecidas para todos los casos, el power Doppler se aplicó a cada pulmón, y los volúmenes fetales pulmonares (VFP) se estimaron utilizando la técnica rotacional. El histograma 3D power Doppler se utilizó para determinar los índices vasculares, que se trazaron con la edad gestacional y se compararon con el resultado neonatal, HAP, edad gestacional, y VPF.
Resultados	Los índices fetales pulmonares mostraron una distribución constante a través de la gestación, siendo significativamente más bajos en casos con HDC que en controles ($p > 0,001$). Entre los casos de HDC, los índices vasculares fueron significativamente más bajos en fetos que murieron ($p < 0,05$), y en fetos con HAP neonatal ($p < 0,05$). La severidad de la HAP también se asoció con una reducción progresiva de los índices vasculares prenatales ($p < 0,05$). Todos los índices vasculares se correlacionaron con el VPF observado/esperado, pero no con la edad gestacional.
Conclusión	Todos los índices vasculares parecen ser constantes a lo largo de la gestación. En HDC aislada el resultado perinatal y la HAP posnatal se pueden predecir utilizando los índices vasculares confirmados con el histograma power Doppler 3D.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 195, 1784-8.
Título	<i>QUALITY OF LIFE AND CONTINENCE 1 YEAR AFTER THE TENSION-FREE VAGINAL TAPE OPERATION.</i> CALIDAD DE VIDA Y CONTINENCIA 1 AÑOS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN DE MALLA VAGINAL.
Autor/es	Bjelic-Radistic V, Dorfer M, Granel E, Frudinger A, Tamussino K, Winter R.
Objetivo	El propósito de este estudio fue evaluar cambios en las condiciones específicas y genéricas de calidad de vida (QOL) y tasas de continencia 1 año después de la operación de malla vaginal libre de tensión (TVT) para incontinencia urinaria de esfuerzo.
Diseño del estudio	Se valoró clínicamente y con urodinamia a 99 pacientes posteriormente sometidas a operación de TVT y completaron el cuestionario alemán del King's Health Questionnaire (KHQ) y el Short Form 36 (SF-36) antes, y a los 3 y 12 meses de la cirugía. En total se realizaron 72 TVTs como procedimiento aislado y 27 en combinación con otras operaciones. Los datos se analizaron con el test de Chi cuadrado, análisis de la varianza y el test de Tukey.
Resultados	Del total, la tasa de continencia objetiva fue del 80% al año y no difirió significativamente entre pacientes con o sin cirugía concomitante. Los beneficios significativa y clínicamente relevantes (<10 puntos) se vieron en todos los dominios del KHQ, excepto en la percepción de Salud General. El SF-36 mostró mejoras estadísticamente significativas, pero no beneficios clínicamente significativos.
Conclusión	La operación de TVT se asocia con mejoras específicas en la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria de estrés. WI KHQ específico es más apropiado que el SF-36 genérico para evaluar los resultados del tratamiento de las mujeres tratadas de incontinencia.



--	--



Publicación	Gynecologic Oncology 104 (February 2007) Pages 480-490.
Título	<i>DELAYING THE PRIMARY SURGICAL EFFORT FOR ADVANCED OVARIAN CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY AND INTERVAL CYTOREDUCTION.</i> RETRASO DEL ESFUERZO QUIRÚRGICO PRIMARIO EN EL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE Y LA CITORREDUCCIÓN DE INTERVALO.
Autor/es	Robert E. Bristow, Eric L. Eisenhauer, Antonio Santillán and Dennis S. Chi.
Objetivo	Resumir los datos existentes en la cirugía citorreductora de intervalo y la quimioterapia neoadyuvante como estrategias alternativas para las pacientes con cáncer de ovario en estadios avanzados.
Método	Todos los estudios investigacionales con datos de supervivencia evaluables en la cirugía citorreductora de intervalo y la quimioterapia neoadyuvante para el cáncer de ovario en literatura en inglés entre 1989 y 2006 se revisaron sistemáticamente.
Resultados	Se identificaron tres estudios randomizados y seis no randomizados de la citorreducción de intervalo seguida de la cirugía subóptima inicial. Se analizaron veintiséis estudios, incluyendo un total de 1.336 pacientes, sobre la quimioterapia neoadyuvante administrada junto a la cirugía citorreductora primaria según los resultados de supervivencia obtenidos, el grado de esfuerzo quirúrgico o éxito, y los criterios de selección particulares empleados para justificar el retraso en intentar la cirugía primaria citorreductora.
Conclusiones	La cirugía de intervalo siguiendo un intento concertado pero subóptimo antes de la citorreducción no parece tener un impacto apreciable en los resultados de supervivencia. La máxima cirugía citorreductora primaria sigue siendo un estándar de cuidado para la mayoría de las mujeres con sospecha de cáncer de ovario avanzado. La quimioterapia neoadyuvante representa una estrategia de manejo alternativo viable para un número limitado de pacientes a las que no se les puede realizar una resección óptima por un equipo quirúrgico experimentado en cáncer de ovario; sin embargo, los datos actuales sugieren que el resultado de supervivencia conseguible con quimioterapia actual es inferior a la cirugía citorreductora primaria existosa. Estudios adicionales son necesarios para idear criterios de selección para la quimioterapia neoadyuvante, determinar un programa de tratamiento más eficaz y caracterizar la proporción adecuado de pacientes en las cuales el intento de cirugía primaria sería abandonado a favor de la quimioterapia inicial.



Publicación	Gynecologic Oncology Volume 104, Issue 1, January 2007, Pages 52-57.
Título	<i>FEASIBILITY OF OVARIAN PRESERVATION IN PATIENTS WITH EARLY STAGE ENDOMETRIAL CARCINOMA.</i> FIABILIDAD DE LA PRESERVACIÓN OVÁRICA EN PACIENTES CON CARCINOMA ENDOMETRIAL EN ESTADIO PRECOZ.
Autor/es	Taek Sang Lee, Ji Ye Jung, Jae Weon Kim, Noh-Hyun Park, Yong-Sang Song, Soon-Beom Kang and Hyo-Pyo Lee.
Objetivo	Nuestro objetivo fue determinar la frecuencia de cáncer ovárico coexistente y evaluar la fiabilidad de la preservación de los ovarios en pacientes con carcinoma endometrial en estadios iniciales.
Método	Las pacientes con cáncer endometrial que recibieron tratamiento quirúrgico primario entre 1992 y 2004 fueron identificadas usando los registros de tumores de nuestro centro. La información sobre la edad de las pacientes, las evaluaciones pre e intraoperatorias, los informes anatomopatológicos y los resultados de seguimiento fueron recogidos de los registros médicos.
Resultados	El cáncer de ovario coexistente se detectó en (7,31%) de 260 pacientes que se sometieron a

	<p>tratamiento quirúrgico (12 metastásicos y 7 tumores primarios sincrónicos). Los factores de riesgo independientes de cáncer de ovario coexistente, determinados usando un modelo de regresión logística, fueron la enfermedad extrauterina intraoperatoria, la histología no endometrioide, la metástasis en ganglios linfáticos, y la edad de la paciente, y la presencia de enfermedad extrauterina intraoperatoria resultó el factor más significativo como predictor de la implicación (OR=542.1; 95% CI, 57.18-5139.23). Diecisiete de 19 casos mostraron hallazgos anormales intraoperatorios alrededor de los anejos o en otros sitios. Entre las 206 pacientes sin evidencia de enfermedad intrauterina intraoperatoria, el índice de malignidad ovárica coexistente fue (2/206), y ninguna de ellas se encontraban por debajo de los 45 años. En 35 pacientes, los ovarios aparentemente normales fueron selectivamente salvados, y no ocurrió ninguna recurrencia o muerte relacionada con el cáncer (duración media de seguimiento de 76 meses, rango 3-121).</p>
Conclusiones	<p>El riesgo de coexistencia de malignidad ovárica en pacientes sin factores de riesgo predecibles es mínimo. Por lo tanto, es posible preservar los ovarios en mujeres jóvenes con carcinoma endometrial en estadios precoces con una evaluación preoperatorio minuciosa y una exploración intraoperatoria extensa.</p>



Publicación	Obstet Gynecol. 2007 Enero; 109(1):168-180.
Título	<p><i>MAPPING THE THEORIES OF PREECLAMPSIA AND THE ROLE OF ANGIOGENIC FACTORS: A SYSTEMATIC REVIEW.</i></p> <p>REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS TEORÍAS ACERCA DEL PAPEL DE LOS FACTORES ANGIOGÉNICOS Y EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA.</p>
Autor/es	Widmer M, Villar J, Benigni A, Conde- Agudelo A, Karumanchi SA, Lindheimer M.
Objetivo	Evaluar los factores que elevan el receptor fms-like de la Tirosin- Kinasa- 1 y los que disminuyen el factor de crecimiento placentario, como predictores de preeclampsia.
Bases de datos	Se revisaron las siguientes bases de datos: MEDLINE (1966-marzo 2006), EMBASE (1980-junio 2006), POPLINE (1980-junio 2006), CINAHL (1982-junio 2006), y LILACS (1982-junio 2006).
Método de selección de estudios	Los estudios incluidos fueron aquellos en los que los niveles sanguíneos y urinarios de sFit-1 y de factor de crecimiento placentario se obtuvieron antes de la semana 30 de gestación o antes del desarrollo de preeclampsia.
Resultados	Se incluyeron 10 de los 184 estudios que analizaron el sFit-1 y 14 de los 319 que analizaron el factor de crecimiento placentario. Se encontró mucha heterogeneidad en la metodología y los resultados de la medición del sFit-1 antes de la semana 25 de gestación. Después de la semana 25 de gestación los niveles de factor de crecimiento placentario y de sFit-1 varían de forma significativa entre el grupo de las gestaciones normales y el grupo de las mujeres que desarrollaron más adelante una preeclampsia, encontrándose una significación estadística cuando se trataba de una preeclampsia severa.
Conclusión	Los niveles de factor de crecimiento placentario disminuyen y los de sFit-1 se elevan en el tercer trimestre de las gestaciones que desarrollan preeclampsia, principalmente en los casos severos. La evidencia es insuficiente para recomendar el uso de estos marcadores como screening. Se necesitan estudios prospectivos con criterios y datos de laboratorio rigurosos para determinar el uso clínico de estos parámetros.



Publicación	Obstet Gynecol. 2007 Enero; 109(1):20-7.
Título	<p><i>LAPAROSCOPIC OCCLUSION COMPARED WITH EMBOLIZATION OF UTERINE VESSELS: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.</i></p> <p>OCLUSIÓN LAPAROSCÓPICA COMPARADA CON EMBOLIZACIÓN DE LOS VASOS UTERINOS: UN ESTUDIO RANDOMIZADO.</p>
Autor/es	Hald K, Klow NE, Quigstad E, Istre O.
Objetivo	Comparar los resultados clínicos en miomas uterinos 6 meses después del tratamiento con oclusión bilateral de las arterias uterinas vía laparoscópica frente a la embolización.

Método	Se randomizaron 66 mujeres premenopáusicas con miomas uterinos sintomáticos que fueron tratadas con oclusión de las arterias uterinas por vía laparoscópica o con embolización del mioma. El primer resultado recogido fue la reducción de pérdida sanguínea desde el pretratamiento hasta 6 meses después del tratamiento, medido con "Pictorial Bleeding Assessment Chart". En segundo lugar se estudió la reducción de los síntomas, el dolor postoperatorio, la necesidad de uso de Ketobemidona, las complicaciones postoperatorias, las intervenciones secundarias y los fallos del tratamiento.
Resultados	Se incluyeron 58 mujeres. Se siguieron 28 participantes en cada grupo durante 6 meses. La reducción de pérdida sanguínea no difirió en ambos grupos de tratamiento (52% después de embolización de miomas y 53% después de las laparoscopias, $p=0,96$). Pocas pacientes refirieron un sangrado fuerte en los 6 meses siguientes al tratamiento en el grupo de las embolizaciones (4% comparado con un 21% en las laparoscopias, $p=0,044$). El uso de Ketobemidona postoperatoria fue superior en el tratamiento con embolización (46 mg comparado con 12 mg en los tratamientos laparoscópicos, $p<0,001$).
Conclusión	Ambos tratamientos mejoran los síntomas en la mayor parte de las pacientes. Las pacientes tratadas por vía laparoscópica presentan un menor dolor postoperatorio, pero un mayor sangrado menstrual en los 6 meses siguientes al tratamiento. Es necesario un estudio de mayor tamaño y con más tiempo de seguimiento antes de concluir de forma definitiva que tratamiento es más efectivo. NIVEL DE EVIDENCIA II.



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 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