



Coordinado por la doctora Teresa Redondo


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

## Bibliografía

<p><b>Publicación</b></p>	<p>Gynecologic Oncology, Volume 104, Issue 1, January 2007, Pages 260-263.</p>
<p><b>Título</b></p>	<p><i>UTERINE SARCOMA OCCURRING IN A PREMENOPAUSAL PATIENT AFTER UTERINE ARTERY EMBOLIZATION: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE.</i></p> <p>SARCOMA UTERINO EN UNA PACIENTE PREMENOPÁUSICA TRAS EMBOLIZACIÓN DE ARTERIAS UTERINAS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.</p>
<p><b>Autor/es</b></p>	<p>Andrea Papadia, Emery M. Salom, Ezio Fulcheri and Nicola Ragni. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Genoa, Italy. NOVA Southeastern School of Medicine South Florida Gynecologic Oncology, Laparoscopy and Pelvic Surgery, Miami, FL, USA. Department of Pathology, University of Genoa, Genoa, Italy. Received 15 May 2006. Available online 1 November 2006.</p>
<p><b>Objetivo</b></p>	<p>Informamos de un caso de leiomiomsarcoma ocurrido tras embolización de arterias uterinas y revisamos los casos publicados previamente. Estimamos la incidencia de sarcoma tras embolización de arterias uterinas (EAU), el retraso medio en el diagnóstico en mujeres jóvenes sometidas a este procedimiento y revisamos el potencial y los límites de los procedimientos preoperatorios en el diagnóstico de los sarcomas uterinos.</p>
<p><b>Caso clínico</b></p>	<p>Mujer de 35 años que tuvo un fracaso precoz tras EAU. Se le practicó cirugía a los 13 meses del tratamiento. El informe anatómo-patológico final fue de leiomiosarcoma uterino.</p>
<p><b>Conclusión</b></p>	<p>La incidencia de sarcomas uterinos tras EAU es baja, probablemente similar a la de sarcomas mal diagnosticados en mujeres sometidas a cirugía por presumibles miomas sintomáticos. Por tanto, una relación entre este procedimiento y la malignidad parece muy improbable. El retraso en el diagnóstico en mujeres menstruantes por debajo de los 50 años a las que se les practica EAU por supuestos miomas sintomáticos oscila entre 13 y 15 meses. El procedimiento más seguro para mujeres en las que fracasa el tratamiento conservador de los miomas con EAU es quirúrgico, permitiendo la exclusión histológica definitiva de malignidad.</p>



--	--

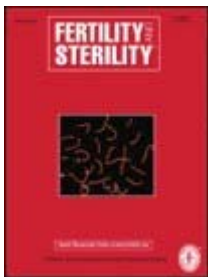

	
<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gynecol, 2007 Apr. 30.
<b>Título</b>	<p><i>ULTRASOUND ASSESSMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE: THE RELATIONSHIP BETWEEN PROLAPSE SEVERITY AND SYMPTOMS.</i></p> <p>ESTUDIO ECOGRÁFICO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: LA RELACIÓN ENTRE LA SEVERIDAD DEL PROLAPSO Y LOS SÍNTOMAS.</p>
<b>Autor/es</b>	Dietz HP., Lekskulchai O. University of Sydney, Nepean Clinical School, Penrith, Australia.
<b>Objetivo</b>	En estos momentos hay muy poca información disponible que ayude a definir si un cierto grado de prolapso pélvico es clínicamente relevante. Realizamos un estudio retrospectivo para definir puntos de corte de prolapsos genitales en base a los síntomas de prolapso.
<b>Método</b>	En un centro uroginecológico terciario, entrevistamos a 735 mujeres con síntomas de disfunción del tracto urinario inferior y prolapso, les realizamos exploración clínica, estudio urodinámico y ecográfico, en supino y después del Valsalva, para la cuantificación del prolapso. Las mujeres con prolapso multi-compartimental, por ejemplo, aquellas en las que ningún compartimento era claramente dominante, fueron excluidas. Empleamos las curvas ROC para estudiar el descenso de órganos pélvicos como predictor de síntomas de prolapso.
<b>Resultados</b>	La edad media fue de 55,1 años, una paridad media de 2,8 (rango de 0-12). Se observaron síntomas de prolapso en 188 mujeres (25,6%). Setenta y cuatro pacientes mostraron prolapso multicompartimental sintomático y fueron excluidas, 56 mujeres sintomáticas tenían cistoceles y 48 rectoceles. Los cistoceles sintomáticos descendieron una media de 23,8 mm bajo la sínfisis del pubis y los rectoceles sintomáticos 21,4 mm bajo la sínfisis del pubis. El descenso estaba fuertemente asociado con síntomas de prolapso ( $p < 0,001$ ). Las curvas ROC sugirieron un punto corte de 10 mm bajo la sínfisis del pubis para el cistocele y de 15 mm para el rectocele. Las curvas ROC fueron similares para ambos compartimentos (área bajo la curva, 0,857 y 0,821, respectivamente).
<b>Conclusión</b>	El descenso de la vejiga de 10 mm o más y del recto de 15 mm o más bajo la sínfisis del pubis está fuertemente asociado con síntomas, y estos valores se proponen como puntos de corte para el diagnóstico de prolapso significativo en base a las estadísticas ROC.



<b>Publicación</b>	Ultrasound Obstet Gyneocl, 2007 May; 29(5):537-43.
<b>Título</b>	<p><i>CONTRIBUTION OF THREE-DIMENSIONAL COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE ASSESSMENT OF FETAL SKELETAL DYSPLASIA.</i></p> <p>CONTRIBUCIÓN DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA TRIDIMENSIONAL EN EL ESTUDIO DE LA DISPLASIA ESQUELÉTICA FETAL.</p>
<b>Autor/es</b>	Cassart M, Massez A, Cos T, Tecco L, Thomas D, Van Regemorter N, Avni F.
<b>Objetivo</b>	Comparar la precisión diagnóstica de la ecografía bidimensional (2D) y la tomografía computarizada (TC) tridimensional (3D) para el diagnóstico de las anomalías esqueléticas fetales.
<b>Método</b>	Realizamos ecografía 2D y CT 3D a once mujeres gestantes. Tres fetos presentaban anomalías esqueléticas en ecografía 2D y un feto tenía un examen ecográfico 2D normal pero historia familiar de osteoporosis. Comparamos retrospectivamente el diagnóstico establecido mediante ecografía 2D y CT-3D con el estudio neonatal o post mortem, que se empleó como "gold standard".
<b>Resultados</b>	La ecografía 2D proporciona el diagnóstico correcto sólo en dos de los 11 casos. La CT proporcionó el diagnóstico correcto en 8; en 6 de ellas, la ecografía 2D no fue concluyente. La CT-3D tuvo más precisión que la ecografía 2D para visualizar las anomalías vertebrales (curvatura anormal de los cuerpos vertebrales, distancia anormal interpedicular), malformaciones

	de huesos pélvicos (osificación retardada de los huesos del pubis, curvatura anormal del acetábulo) y metáfisis alargadas o sinóstosis de los huesos largos. En tres casos, ni la ecografía 2D ni la CT-3D proporcionó el diagnóstico correcto.
<b>Conclusión</b>	En esta serie, que incluyó una gran variedad de displasias esqueléticas, el CT-3D proporcionó un diagnóstico mejor que la ecografía 2D. Ambas técnicas de imagen son útiles en el diagnóstico de displasias fetales; la ecografía 2D es útil como test de screening y la CT-3D es una valiosa herramienta complementaria para el diagnóstico.



	
<b>Publicación</b>	Fertil Steril. 2007 Apr; 87 (4):764-75.
<b>Título</b>	<i>ULTRASONOGRAPHY AS A TOOL FOR THE PREDICTION OF OUTCOME IN IVF PATIENTS: A COMPARATIVE META-ANALYSIS OF OVARIAN VOLUME AND ANTRAL FOLLICLE COUNT.</i>
	LA ECOGRAFÍA COMO UNA HERRAMIENTA PREDICTORA DE LOS RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE FIV: METANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE EL VOLUMEN OVÁRICO Y EL RECUENTO DE FOLÍCULOS ANTRALES.
<b>Autor/es</b>	Dave J. Hendriks, Janet Kwee, Ben W.J. Mol, Egbert R. te Velde and Frank J.M. Broekmans.
<b>Objetivo</b>	Analizar la capacidad predictiva de reserva ovárica del volumen ovárico frente al recuento de folículos antrales (RFA).
<b>Diseño</b>	Metanálisis.
<b>Lugar</b>	Centro terciario de fertilidad.
<b>Pacientes</b>	Mujeres en programas de FIV.
<b>Intervenciones</b>	Ninguna.
<b>Principales resultados medibles</b>	Baja respuesta ovárica. No embarazo.
<b>Resultados</b>	Se incluyeron 17 estudios. Diez con información acerca del volumen ovárico y 17 con información acerca del RFA. Debido a la heterogenicidad entre estudios, el cálculo para un punto sumario/sumatorio estimado para la sensibilidad y la especificidad no fue significativo. Sin embargo, para ambos tests, las curvas características para medir el resultado de pobre respuesta y no-embarazo podían ser estimadas y comparadas. El RFA resultó ser significativamente más eficaz que el volumen ovárico a la hora de predecir una baja respuesta, con un mejor valor clínico. La capacidad predictora de no-gestación y su valor clínico fueron malos para ambos tests.
<b>Conclusiones</b>	El rendimiento del volumen ovárico a la hora de predecir una baja respuesta fue claramente inferior que el RFA. Por lo tanto, el RFA puede ser considerado el primer test a realizar para estimar la reserva ovárica antes de llevar a cabo una FIV. El uso de los tests ultrasónicos de reserva ovárica para predecir aquellos casos con pocas posibilidades de gestación parece ser inadecuado.





<b>Publicación</b>	Fertil Steril. 2007 Apr; 87 (4):909-17.
<b>Título</b>	<i>RESECTOSCOPIC VERSUS BIPOLAR ELECTRODE EXCISION OF ENDOMETRIAL POLYPS: A RANDOMIZED STUDY.</i>

	RESECTOSCOPIA VERSUS EXCISIÓN BIPOLAR DE PÓLIPOS ENDOMETRIALES: UN ESTUDIO RANDOMIZADO.
<b>Autor/es</b>	Ludovico Muzii, Filippo Bellati, Milena Pernice, Natalina Mancini, Roberto Angioli and Pierluigi Benedetti Panici.
<b>Objetivo</b>	Comparar la excisión de pólipos endometriales con resectoscopio frente al uso de un histeroscopio con electrodo bipolar.
<b>Diseño</b>	Estudio prospectivo randomizado.
<b>Lugar</b>	Hospital Universitario Terciario.
<b>Pacientes</b>	100 mujeres con pólipos endometriales.
<b>Intervenciones</b>	Histeroscopia diagnóstica inicial. Randomización. Excisión de pólipo(s) endometrial(es) con resectoscopio o histeroscopio con asa bipolar.
<b>Principales resultados medibles</b>	Tiempos quirúrgicos, grado de dificultad, satisfacción del cirujano, complicaciones intra y postoperatorias, dolor postoperatorio, satisfacción de la paciente.
<b>Resultados</b>	No hubo diferencias en los tiempos quirúrgicos. En el análisis de subgrupos, el resectoscopio fue más rápido para pólipos mayores de 2 cm e implantación fúndica. El asa bipolar fue más rápida en pólipos menores de 2 cm y que no tenían implantación fúndica.
<b>Conclusiones</b>	El resectoscopio parece ser la opción más adecuada para pólipos mayores de 2 cm o con implantación fúndica. El asa bipolar es preferible para pólipos más pequeños y sin implantación fúndica.



<b>Publicación</b>	Fertil Steril. 2007 Apr; 87 (4):858-61.
<b>Título</b>	<i>EFFECTS OF PRETREATMENT WITH ESTROGENS ON OVARIAN STIMULATION WITH GONADOTROPINS IN WOMEN WITH PREMATURE OVARIAN FAILURE: A RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED TRIAL.</i>  EFECTOS DEL PRETRATAMIENTO CON ESTRÓGENOS EN MUJERES CON FALLO OVÁRICO PREMATURO ESTIMULADAS CON GONADOTROPINAS: ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO, CONTROLADO CON PLACEBO.
<b>Autor/es</b>	Massimo Tartagni, Ettore Cicinelli, Giovanni De Pergola, Maria Antonietta De Salvia, Cristina Lavopa and Giuseppe Loverro.
<b>Objetivo</b>	Evaluar si el pretratamiento con estrógenos en mujeres afectas de fallo ovárico prematuro (FOP) puede mejorar la estimulación ovárica.
<b>Diseño</b>	Ensayo clínico doble ciego, randomizado y controlado con placebo.
<b>Lugar</b>	Departamento ambulatorio en un centro de investigación académica.
<b>Pacientes</b>	50 mujeres con FOP con deseos gestacionales.
<b>Intervenciones</b>	Antes de la estimulación ovárica, el grupo 1 recibió 0,05 mg de etinilestradiol (EE) tres veces al día durante 2 semanas, mientras que el grupo 2 recibió placebo. La estimulación ovárica se llevó a cabo con 200 UI de FSH recombinante (r-βFSH), al día, por vía subcutánea. Tanto el EE como el placebo se siguieron administrando durante la estimulación ovárica. La inducción de la ovulación se llevó a cabo cuando uno de los folículos adquirió un diámetro medio de 18 mm, usando para ello 10.000 UI de HCG por vía intramuscular.
<b>Principales resultados medibles</b>	Tasa de ovulación.
<b>Resultados</b>	Los niveles de FSH antes de la estimulación fueron significativamente menores en el grupo 1 que en el grupo 2. La tasa de ovulación en el grupo 1 (8/25; 32%) fue significativamente más alta que en el grupo 2 (0/25; 0%). La inducción de la ovulación tuvo éxito en aquellas mujeres que obtuvieron unos niveles de FSH, tras el tratamiento con EE, =15 mUI/ml.
<b>Conclusiones</b>	Nuestros datos sugieren que el pretratamiento con EE mejora la tasa de ovulación en mujeres con FOP u estimulación con gonadotropinas. Es necesario no iniciar la estimulación hasta obtener unos niveles de FSH =15 mUI/ml.



	
<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 196:447.e1-447.e8.
<b>Título</b>	<p><i>TUBAL STERILIZATION, ALL-CAUSE DEATH, AND CANCER AMONG WOMEN IN THE UNITED KINGDOM: EVIDENCE FROM THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS' ORAL CONTRACEPTION STUDY.</i></p> <p>ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA, TODAS LAS CAUSAS DE MUERTE Y CÁNCER ENTRE MUJERES EN EL REINO UNIDO: EVIDENCIA DEL ROYAL COLLEGE DE UN ESTUDIO DE LA PRÁCTICA GENERAL DE LA ANTICONCEPCIÓN ORAL.</p>
<b>Autor/es</b>	Lisa Iversen, PhD; Philip C. Hannaford, MD; Alison M. Elliott, PhD.
<b>Objetivo</b>	El propósito de este estudio fue examinar la relación entre esterilización tubárica y todas las siguientes causas de muerte y el riesgo de cualquier cáncer ginecológico y de mama en mujeres en el Reino Unido.
<b>Diseño del estudio</b>	Se realizó un estudio de cohortes con 2.801 mujeres esterilizadas y 2.801 mujeres no esterilizadas identificadas para el estudio de práctica general de anticoncepción oral del UK Royal Collage. La tasa ajustada de riesgo y los ICs al 95% se calcularon con la regresión de Cox.
<b>Resultados</b>	La esterilización tubárica no se asoció con riesgos significativamente alterados de todas las causas posteriores de muerte o cáncer. La esterilización tubárica se asoció con un riesgo reducido no significativo de posterior cáncer ginecológico (ratio de riesgo ajustada, 0,84; IC 95% 0,52-1,37) y cáncer de mama (ratio de riesgo ajustada, 0,88; IC 95%, 0,67-1,16).
<b>Conclusiones</b>	La ausencia de incremento a largo plazo de riesgo de cáncer y muerte es tranquilizadora, lo que ha hecho que muchas mujeres hayan elegido este método de contracepción.



<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 196:489.e1-489.e7.
<b>Título</b>	<p><i>UMBILICAL BLOOD FLOW DURING PREGNANCY: EVIDENCE FOR DECREASING PLACENTAL PERFUSION.</i></p> <p>FLUJO SANGUÍNEO UMBILICAL DURANTE EL EMBARAZO: EVIDENCIA DE DISMINUCIÓN DE PERFUSIÓN PLACENTARIA.</p>
<b>Autor/es</b>	Gerold Link, MD, PhD; Kenneth E. Clark, PhD; Uwe Lang, MD, PhD.
<b>Objetivo</b>	Este estudio se diseñó para determinar la relación entre el flujo venoso umbilical (FVUmb) y el peso fetal (PF) en diferentes momentos y al final del embarazo, y para confirmar el aporte de oxígeno al feto al término del embarazo.
<b>Diseño del estudios</b>	Se calculó el FVUmb en 46 mujeres embarazadas justo antes del parto utilizando el producto de la velocidad de flujo y la sección de la vena umbilical determinada con la técnica de Doppler pulsado y la medida del diámetro del vaso, respectivamente. Los neonatos se dividieron según la edad gestacional en el momento del parto (rango, 29-42 semanas) en un grupo pretérmino (PT; =36 semanas, n=13) y en un grupo a término (AT; >36 semanas, n=33). El análisis de gases sanguíneos, pH y hemoglobina se realizó en muestras de sangre arterial y venosa umbilical obtenidas tras el parto.
<b>Resultados</b>	El FVUmb fue mayor en niños AT (515 ± 125 mL/min, media ± desviación estándar) que en niños PT (423 ± 120 mL/min; p < 0,05). Esto se asoció con mayor aumento del diámetro de la vena umbilical: AT 8,8 ± 0,7 mm , PT 8,1 ± 0,6 mm (p<0,01). La presión parcial de O <sub>2</sub> (pO <sub>2</sub> ) no difirió significativamente entre AT y PT; la correlación de pO <sub>2</sub> con edad gestacional mostró un débil descenso (p<0,05). La hemoglobina estaba elevada en AT (p<0,01), mientras que el contenido

	de O <sub>2</sub> permaneció constante en PT y AT. La ratio FVUmb/PF estaba considerablemente reducida en AT [154 ± 37 (mL/min)/kg], en relación con PT [221 ± 37 (mL/min)/kg; p<0,001], y se acompañó de una marcada reducción de la capacidad de transporte de O <sub>2</sub> : AT 1. 7,6 ± 6,7 y PT 26,6 ± 9,2 (mL/min)/kg (p<0,01).
<b>Conclusión</b>	Debido al crecimiento de la vena umbilical, FVUmb aumenta en las últimas semanas de gestación. La ratio FVUmb/PF está reducida en AT. Debido al contenido constante en O <sub>2</sub> , la continua disminución del FVUmb con el peso da lugar a una reducción de la capacidad de transporte fetal de O <sub>2</sub> por unidad que contribuye a un ambiente intrauterino adverso al final de la gestación, especialmente en gestaciones posttérmino.



<b>Publicación</b>	American Journal of Obstetrics and Gynecology 2007; 196:472.e1-472.e5.
<b>Título</b>	<i>USE OF EPIDURAL ANESTHESIA AND THE RISK OF ACUTE POSTPARTUM URINARY RETENTION.</i>  UTILIZACIÓN DE ANESTESIA EPIDURAL Y RIESGO DE RETENCIÓN URINARIA AGUDA POSTPARTO.
<b>Autor/es</b>	Kimberly L. Musselwhite, RN, MN; Peter Faris, PhD; Katherine Moore, RN, PhD; Dena Berci, RN, MN; Kathryn M. King, RN, PhD.
<b>Objetivo</b>	Quisimos examinar la relación entre la utilización de la analgesia epidural durante el parto y la retención urinaria aguda postparto.
<b>Diseño del estudio</b>	Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo con los archivos de los partos y postpartos de 3 centros de Atención Primaria en 1994.
<b>Resultados</b>	El análisis de regresión logística reveló que un segundo período del parto prolongado (OR 2,62; IC 95% 1,41-4,85), el uso de narcóticos por vía sistémica (OR 1,63; IC 95% 1,04-2,57), la laceración perineal (OR 1,73; IC 95% 1,02-2,91), y el parto instrumental (OR 1,86; IC 95% 1,16-2,97) eran predictores de retención urinaria. Hubo tendencia hacia la asociación de analgesia epidural y retención urinaria (OR 1,69; IC 95% 0,98-2,92). El análisis de puntuación reveló que muchos efectos de la analgesia epidural eran debidos al efecto modificador de otras variables obstétricas.
<b>Conclusiones</b>	La analgesia epidural durante el parto puede aumentar el riesgo de desarrollar retención urinaria hasta 3 veces. Sin embargo, este efecto puede estar mediado por otras variables obstétricas.



	
<b>Publicación</b>	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, May 2007, 132 (1): 93-100.
<b>Título</b>	<i>PREDICTION OF OVARIAN RESPONSE AND IVF/ICSI OUTCOME BY THREE-DIMENSIONAL ULTRASONOGRAPHY AND POWER DOPPLER ANGIOGRAPHY.</i>  PREDICCIÓN DE LA RESPUESTA OVÁRICA Y LOS RESULTADOS DE FIV/ICSI A TRAVÉS DE LA ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL Y LA ANGIOGRAFÍA POWER DOPPLER.
<b>Autor/es</b>	Luis T. Mercé, María J. Barco, Santiago Baua and Juan M. Troyano.
<b>Objetivo</b>	El objetivo fue evaluar si la ecografía tridimensional (3D-US) y la angiografía power Doppler (APD) pueden predecir la respuesta ovárica y/o si están asociados con los resultados de FIV/ICSI.
<b>Material</b>	Ensayo clínico prospectivo en 65 mujeres sometidas a ciclos de FIV. El volumen ovárico, el

<b>y métodos</b>	número de folículos antrales $\geq 2$ mm (NFA) y los índices de APD: índice de vascularización (IV), índice flujo (IF) e índice de vascularización flujo (IVF) se evaluaron por 3D-US y APD en el día del primer control de la supresión hipofisaria. Estas medidas, edad e IMC se correlacionaron con el número de folículos $>10$ mm en el día de la hCG y el número de ovocitos recuperados.
<b>Resultados</b>	Volumen ovárico NAF, IV, IF e IVF se correlacionaron significativamente ( $p < 0,01$ ) con el número de folículos y ovocitos recuperados. El volumen ovárico y el número de folículos antrales predice significativamente el número de folículos ( $R=0,67$ , ajustado $R^2=0,43$ ) y los ovocitos recuperados ( $R=0,63$ ; ajustado $R^2=0,37$ ). El pico de estradiol y el número de folículos, ovocitos y embriones de grado I transferidos fueron más altos en el grupo de embarazadas.
<b>Conclusiones</b>	La ecografía 3D y PDA hacen más fácil la evaluación de todos los parámetros implicados en la respuesta ovárica. El volumen ovárico y el número de folículos antrales son los únicos predictores independientes del número de folículos desarrollados y de ovocitos recuperados.



<b>Publicación</b>	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, May 2007, 132 (1): 101-106.
<b>Título</b>	<i>PRETREATMENT AND PROSPECTIVE ASSESSMENT OF ENDOMETRIUM IN MENOPAUSAL WOMEN TAKING TAMOXIFEN FOR BREAST CANCER.</i>  VALORACIÓN DEL ENDOMETRIO PREVIA AL TRATAMIENTO Y FUTURA EN MUJERES MENOPAÚSICAS TOMANDO TAMOXIFENO POR CÁNCER DE MAMA.
<b>Autor/es</b>	Giancarlo Garuti, Francesco Grossi, Giovanna Centinaio, Giulia Sita, Giulio Nalli and Massimo Luerti.
<b>Objetivo</b>	Estimar la incidencia de patología endometrial previa al tratamiento y evaluar la morbilidad endometrial futura que surge durante el consumo de tamoxifeno para el cáncer de mama.
<b>Material y métodos</b>	Ciento cuarenta y seis pacientes menopáusicas con cáncer de mama, candidatas a recibir tamoxifeno sufrieron una evaluación endometrial por ecografía transvaginal antes del inicio del tratamiento. Si la medida de las dos capas endometriales formaba una línea media que midiera más de 4 mm era indicación de histeroscopia y biopsia endometrial. Las anomalías endometriales detectadas antes de empezar con el tamoxifeno fueron tratadas por histeroscopia quirúrgica o por histerectomía; no se trataron y se programó un seguimiento por histeroscopia a las que mostraban hiperplasias no atípicas. Se pidió a todas las mujeres una ecografía transvaginal en un estudio básico anual; durante el período de seguimiento, fueron indicación para histeroscopia y biopsia endometrial las siguientes: (i) una línea endometrial que midiera 4 mm la primera vez; (ii) un incremento de al menos el 50% en el grosor endometrial desde el último hallazgo en pacientes evaluadas previamente por histeroscopia; (iii) un sangrado vaginal probado, y (iv) hallazgos previos de hiperplasia endometrial. Los resultados histopatológicos de las biopsias o histerectomías fueron el test de referencia para establecer la prevalencia basal de patología endometrial y la prevalencia de morbilidad que surge después de 12, 24, 36, 48 y 60 meses de tratamiento con tamoxifeno.
<b>Resultados</b>	Ciento cinco mujeres fueron seguidas durante 60 meses, mientras que 113, 126, 137 y 141 mujeres fueron evaluadas durante 48, 36, 24 y 12 meses, respectivamente. En 44 de las 146 mujeres, la ecografía previa al tratamiento mostró un endometrio de más de 4 mm de grosor y en 31 (21,2%) de esas pacientes con anomalías se constataron 16 pólipos endometriales, siete pólipos que escondían hiperplasia simple, cuatro hiperplasias simples, tres hiperplasias atípicas, y un adenocarcinoma. Durante el tratamiento con tamoxifeno encontraron anomalías en 36 de las 114 pacientes valoradas que mostraban un endometrio normal antes de comenzar con el tratamiento con tamoxifeno (31,5%), y en 7 de las 27 pacientes con la línea basal endometrial anormal (25,9%). Por lo tanto, se encontró patología endometrial en el 30,4% de las pacientes durante la administración de tamoxifeno, y en las no pacientes encontramos una lesión atípica.
<b>Conclusiones</b>	En las pacientes menopáusicas con cáncer de mama la incidencia de anomalías endometriales antes de empezar con el tratamiento con tamoxifeno es alta e incluye un 2,7% de patología atípica. Después de que se realizara el diagnóstico y tratamiento de lesiones atípicas basales, no apareció ninguna lesión atípica endometrial después de empezar la administración de tamoxifeno. Basándonos en estos hallazgos, creemos que la valoración del endometrio previa al tratamiento es recomendable en todas las mujeres menopáusicas candidatas a recibir terapia con tamoxifeno.



	
<b>Publicación</b>	The Breast Apr 2007; 16 (2): 204-210.
<b>Título</b>	<p><i>PILOT STUDY OF THE IMPACT OF LETROZOLE VS. PLACEBO ON BREAST DENSITY IN WOMEN COMPLETING 5 YEARS OF TAMOXIFEN.</i></p> <p>ESTUDIO PILOTO SOBRE EL IMPACTO DE LETROZOL VS PLACEBO EN LA DENSIDAD MAMARIA EN MUJERES QUE HAN COMPLETADO 5 AÑOS DE TAMOXIFENO.</p>
<b>Autor/es</b>	Vachon CM, Ingle JN, Suman VJ et al.
<b>Resumen</b>	<p>La densidad mamaria, un factor de riesgo importante para el cáncer de mama, se reduce por el antiestrógeno tamoxifeno. El objetivo del estudio es examinar si la terapia con un inhibidor de la aromatasas consigue reducir la densidad mamaria en mujeres que completaron previamente 5 años de tratamiento con tamoxifeno. Se realizó un estudio sobre 104 pacientes que previamente habían sido tratadas durante 5 años con tamoxifeno y se randomizó a letrozol (n=56) o a placebo (n=48), comprobando los cambios en el porcentaje de densidad mamaria radiológica a los 9-15 meses. No hubo diferencias entre grupos en las medias de los porcentajes ajustadas (p=0,58) ni en los porcentajes globales (p=0,96). La densidad mamaria no parece ser un marcador clínicamente relevante en mujeres con una baja densidad mamaria tras 5 años de tratamiento con tamoxifeno.</p>



<b>Publicación</b>	The Breast Apr 2007; 16 (2): 146-151.
<b>Título</b>	<p><i>SENTINEL LYMPH NODE METASTASIS FROM MAMMARY DUCTAL CARCINOMA IN SITU WITH MICROINVASION.</i></p> <p>METÁSTASIS EN EL GANGLIO CENTINELA DE UN CARCINOMA MAMARIO INTRADUCTAL IN SITU CON MICROINVASIÓN.</p>
<b>Autor/es</b>	Zavagno G, Belardinelli V et al.
<b>Resumen</b>	<p>La linfadenectomía axilar en pacientes con carcinoma ductal in situ microinvasivo mamario es controvertida debido a la notable morbilidad del procedimiento comparada con la baja incidencia de implicación axilar. La introducción de la biopsia del ganglio centinela puede tener relevancia en estas situaciones, a pesar de los escasos datos disponibles sobre las metástasis sobre este ganglio en este raro tipo de carcinoma mamario. El objetivo del estudio es establecer la prevalencia de metástasis en el ganglio centinela en una serie de carcinomas ductales in situ microinvasivos, para intentar asegurar si estaría justificado usar la biopsia de ganglio centinela como procedimiento estándar en este tipo de cáncer. Se realizó un estudio retrospectivo entre 1999 y 2004, incluyendo a 43 pacientes con diagnóstico de carcinoma ductal in situ microinvasivo a los que se les realizó biopsia de ganglio centinela. El ganglio centinela se estudió con hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica. Se encontraron metástasis en 4 de los 43 casos (9,3%). Sólo 1 tuvo micrometástasis. A los 4 se les realizó linfadenectomía axilar encontrando ganglios afectados en todos. Dada la incidencia relevante de metástasis en este tipo de cáncer y la baja morbilidad del procedimiento, consideramos que la biopsia de ganglio centinela debería ser considerada en todos los pacientes con carcinoma in situ microinvasivo, realizando linfadenectomía axilar si este es positivo.</p>



<b>Publicación</b>	The Breast Apr 2007; 16 (2): 211-218.
<b>Título</b>	<p><i>QUANTIFICATION OF CIRCULATING TUMOUR CELLS FOR THE MONITORING OF ADJUVANT THERAPY IN BREAST CANCER: AN INCREASE IN CELL NUMBER AT COMPLETION OF THERAPY IS A PREDICTOR OF EARLY RELAPSE.</i></p>

CUANTIFICACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES MEDIANTE LA MONITARIZACIÓN DE LA TERAPIA ADYUVANTE EN EL CÁNCER DE MAMA: EL AUMENTO EN EL NÚMERO DE CÉLULAS AL TÉRMINO DE LA TERAPIA ES UN PREDICTOR DE RECAÍDA PRECOZ.

**Autor/es**

Lobodasch K, Frohlich F, Rengsberger M et al.

**Resumen**

La eficacia del tratamiento adyuvante en el cáncer de mama se obtiene mediante datos estadísticos varios años después de aplicar la terapia, pero esto no nos aporta información para el paciente concreto. Se ha mostrado que la circulación de células tumorales epiteliales (CETC) responden a la terapia neoadyuvante del mismo modo que el tumor. Nosotros monitorizamos la terapia adyuvante en 25 pacientes con cáncer de mama no metastático. En 19 de ellos la CETC disminuyó o se mantuvo igual, y ninguno mostró recaídas a 3-5 años. Sin embargo, en los 6 que incrementaron las CETC, 5 tuvieron recidivas a distancia y 1 local. Esto indica que la dinámica de las CETC es predictor del resultado final.



### 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

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](mailto: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](mailto:imc@imc-sa.es)

Persona de contacto: José María Hijarrubia. [produc@imc-sa.es](mailto:produc@imc-sa.es)