



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 , Available online 7 September 2007.
Título	<p><i>RELATIONSHIPS OF UTERINE AND OVARIAN TUMORS TO PRE-EXISTING CHRONIC CONDITIONS.</i></p> <p>RELACIONES ENTRE TUMORES DE ÚTERO Y OVARIO Y CONDICIONES CRÓNICAS PREEXISTENTES.</p>
Autor/es	Louise A. Brinton, Lori C. Sakoda, Kirsten Frederiksen, Mark E. Sherman, Barry I. Graubard, Jorgen H. Olsen and Lene Mellekjær.
Introducción	Varias enfermedades crónicas parecen afectar al riesgo de enfermedades ginecológicas malignas subsecuentes, posiblemente a través mecanismos hormonales compartidos.
Métodos	Utilizando técnicas para relacionar registros, establecimos la relación entre pacientes ambulatorias y hospitalizadas con trastornos de la vesícula biliar, diabetes, hipertensión, trastornos tiroideos y obesidad, y el posterior desarrollo de cánceres de ovario y de útero en Dinamarca entre 1978 y 1998. Basados en una muestra de más de 99.000 mujeres, incluyendo 1.398 cánceres uterinos y 2.491 cánceres de ovario, calculamos el riesgo relativo (RR) y el intervalo de confianza del 95% (IC) asociado a riesgo absoluto y a tipo histológico tras ajustarlos por edad, tipo menstrual y características reproductivas.
Resultados	Los cánceres uterinos se relacionaron con diagnóstico previo de enfermedad tiroidea (RR=1,52, IC 95%: 1,17–1,98) y obesidad (2,05, 1,40–3,00). La asociación con la diabetes queda sesgada por la obesidad, pero existieron algunos aumentos del riesgo para pacientes diabéticas con obesidad antes de los 45 años (RRs 1,66–1,79). Aunque los tipos usuales de cáncer de endometrio explican en gran parte las asociaciones observadas, hubo cierta evidencia de que los sarcomas uterinos (n=137) estaban relacionados con diagnóstico previo de enfermedad tiroidea (2,78, 1,41–5,50). En contraste, los cánceres de ovario no presentaron una relación fuerte con la mayoría de las enfermedades crónicas documentadas. Los carcinomas serosos se

	asociaron con trastornos vesiculares de corta duración, pero errores diagnósticos probablemente explican esta asociación. No se identificó asociación entre la obesidad y el cáncer endometrioide de ovario.
Conclusión	Los cánceres uterinos, incluidos los sarcomas, parecen estar influenciados por trastornos crónicos seleccionados. La atención posterior debería enfocarse en posibles mecanismos biológicos como causa fundamental de la asociación observada entre las enfermedades tiroideas y la obesidad.



Publicación	Gynecologic Oncology, Available online 6 September 2007.
Título	<i>HYPERANDROGENISM, MEDIATED BY OBESITY AND RECEPTOR POLYMORPHISMS, PROMOTES AGGRESSIVE EPITHELIAL OVARIAN CANCER BIOLOGY.</i> EL HIPERANDROGENISMO, MEDIADO POR LA OBESIDAD Y POLIMORFISMOS EN RECEPTORES ANDROGÉNICOS, PROMUEVE LA BIOLOGÍA DEL CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO AGRESIVO.
Autor/es	Andrew J. Li, R. Geoffrey Elmore, James C. Pavelka and Beth Y. Karlan.
Objetivo	Los datos epidemiológicos sugieren que la homeostasis androgénica aberrante puede promover el desarrollo de cáncer epitelial de ovario. EL hiperandrogenismo resulta tanto de la obesidad como de la expresión de alelotipos polimórficos del receptor androgénico con secuencias repetidas de alelos cortos de citosina-adenina-guanina (CAG); ambos han mostrado una correlación independiente con una supervivencia global pobre en el cáncer de ovario. Nuestra hipótesis es que la combinación de estos factores puede dar lugar a una manifestación posterior de fenotipos agresivos del cáncer de ovario.
Métodos	El análisis de los genotipos del polimorfismo del RA CAG se realizó en 81 pacientes con cáncer epitelial de ovario de tipo seroso papilar. En los registros médicos se revisó el índice de masa corporal (IMC), factores clínico-patológicos y la supervivencia. Los datos se analizaron utilizando el test exacto de Fisher, la curva de supervivencia de Kaplan-Meier y el análisis de regresión de Cox.
Resultados	Las mujeres obesas o con sobrepeso (IMC=25) con alelo AR corto (=19 CAG repeticiones) demostraron una supervivencia libre de progresión estadísticamente más corta de monstred (9 meses) comparadas con mujeres con IMC ideal o inferior (IMC<25) y con alelo AR largo (>19 CAG repeticiones; 26 meses, p=0,0002). Las mujeres con obesidad/sobrepeso con un alelo AR corto también demostraron supervivencia global más corta (34 meses) cuando se comparaban con mujeres con peso ideal o inferior con alelo AR largo (59 meses, p=0,036). En el análisis multivariante, la combinación del alelo AR corto y el IMC>25 fue un factor independiente de peor pronóstico ajustado para la edad, el estadio, el grado histológico, la óptima citorreducción, la longitud del alelo AR y el IMC (p=0,05).
Conclusión	Estos datos aportan evidencias que sugieren que el hiperandrogenismo promueve un fenotipo agresivo de cáncer epitelial de ovario.



	
Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Título	<i>VISUAL APPEARANCE OF THE UTERINE CERVIX: CORRELATION WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS DETECTION AND TYPE.</i> APARIENCIA VISUAL DEL CÉRVIX UTERINO: CORRELACIÓN CON LA DETECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y SU TIPO.

Autor/es	Jeronimo J, Stewart Massad L, Schiffman M.
Objetivo	La infección por el virus carcinogénico del papiloma humano (VPHs) es necesaria para las lesiones precancerosas y el cáncer de cérvix, pero los efectos del tipo específico de infección en el aspecto del cérvix son poco conocidos.
Diseño del estudio	Veintidós colposcopistas experimentados evaluaron a un total de 939 cervicogramas digitalizados obtenidos durante el cribado con ASCUS (atipia de células escamosas de significado incierto) o LSIL (lesión intraepitelial escamosa de bajo grado) tras la aplicación de ácido acético al 5%. Cada revisor evaluó el número y severidad de lesiones de 112 imágenes que se correlacionaron con su diagnóstico histológico y tipo de VPH de forma que dos revisores evaluaban cada imagen. Utilizamos tests estándares de asociación y correlación para relacionar el tipo de VPH y el aspecto visual.
Resultados	Las parejas de revisores coincidían más significativamente en una lesión concreta cuando se encontraba DNA del VPH, especialmente VPH 16, independientemente del diagnóstico histológico. Sin embargo, la coincidencia entre el estado infeccioso y la apariencia visual era débil para cada revisor individualmente. Es interesante que muchas mujeres con infecciones múltiples por VPH no tenían lesiones visibles y viceversa.
Conclusión	El VPH 16 causa más alteraciones visuales definidas que otros tipos de VPH, independientemente del diagnóstico histológico eventual. De todos modos, las asociaciones entre la infección por VPH y el reconocimiento de una lesión concreta son débiles.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Título	<i>A FRAMEWORK FOR STANDARDICED MANAGEMENT OF INTRAPARTUM FETAL HEART RATE PATTERNS.</i> UN MODELO PARA EL MANEJO ESTANDARIZADO DEL PATRÓN DE FRECUENCIA CARDIACA FETAL INTRAPARTO.
Objetivo	El propósito de este estudio fue clasificar patrones de monitores de frecuencia cardiaca fetal (FCF) de acuerdo con el riesgo de acidemia fetal y riesgo de evolución a patrones más serios y de usar esta información para constituir procedimientos estandarizados de manejo de patrones de FCF con el último objetivo de minimizar la acidemia infantil neonatal sin exceso de intervención obstétrica.
Diseño del estudio	Hemos identificado 134 patrones de FCF que han sido clasificados por la frecuencia basal, variabilidad basal y tipo de deceleración. Basándonos en las mejores evidencias hemos asignado un riesgo de acidemia neonatalinfantil o Apgar bajo a los 5 minutos a estos patrones. También hemos evaluado cada patrón según el riesgo de que el patrón pudiera implicar posteriormente en un patrón con mayor riesgo de acidemia.
Resultados	Cada patrón de FCF se codifica por colores desde ausencia de amenaza de acidemia fetal (verde no se requiere intervención) a riesgo de acidemia severa (rojo, se recomienda extracción fetal inmediata). Tres categorías intermedias (azul, amarillo y naranja) indicaban el requerimiento de información escalada al personal apropiado para intervención y reanimación (obstetra, anestesiólogo y neonatólogo) y preparación para parto urgente (por ejemplo, personal y traje quirúrgico disponible y técnicas conservadoras para aminorar los patrones de FCF).
Conclusión	Este trabajo es aplicable potencialmente a las instituciones desde su desarrollo y necesitarán ser modificadas para otras situaciones, dependiendo de las facilidades logísticas y del personal disponible. Esto puede proporcionar un trabajo para desarrollar algoritmos para el manejo estandarizado de los patrones de FCF durante el parto, que puede probarse para su validación.



Publicación	American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Título	<i>PERIOPERATIVE COMPLICATIONS IN OBESE WOMEN VS NORMALWEIGHT WOMEN WHO UNDERGO VAGINAL SURGERY.</i> COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS EN MUJERES OBESAS VS CON NORMOPESO SOMETIDAS A CIRUGÍA VAGINAL.
Objetivo	El propósito de este estudio fue comparar la incidencia de complicaciones perioperatorias en pacientes obesas y con normopeso sometidas a cirugía vaginal uroginecológica.

Diseño del estudio	Se realizó un análisis de cohortes retrospectivo de mujeres obesas (IMC=30 kg/m ²) sometidas a cirugía vaginal y se correlacionaron con mujeres con IMC normales (18,5-30 kg) por procesos quirúrgicos. Se documentó la información demográfica, comorbilidades y complicaciones perioperatorias (hasta seis semanas). Se realizó un análisis de regresión logística para comparar la incidencia de complicaciones perioperatorias y ajustar las diferencias de la línea de base.
Resultados	Se realizó cirugía vaginal en 742 pacientes durante el periodo del estudio; 235 mujeres se consideraron obesas por su IMC. Correlacionamos a 194 de estas pacientes con sujetos con normopeso. No hubo diferencias estadísticas en la proporción de sujetos que tuvieron al menos una complicación perioperatoria (20% [obesas] vs 15% [no obesas]. Sin embargo, las mujeres obesas fueron más propensas a las infecciones quirúrgicas (odds ratio ajustada, 5,5; [IC 95%, 1,7-24,7]; p=0,01).
Conclusión	La tasa de complicaciones perioperatorias total en mujeres obesas y no obesas es baja, siendo la obesidad un factor de riesgo independiente para el desarrollo de infecciones quirúrgicas.



	
Publicación	Fertil Steril: 310-16.
Título	<i>A PROSPECTIVE STUDY OF ORAL CONTRACEPTIVE USE AND RISK OF MYOCARDIAL INFARCTION AMONG SWEDISH WOMEN.</i> ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL USO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES Y EL RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO ENTRE MUJERES SUECAS.
Autor/es	Karen L. Margolis, Hans-Olov Adami, Juhua Luo, Weimin Ye and Elisabete Weiderpass.
Objetivo	Determinar el riesgo de padecer infarto de miocardio en mujeres expuestas a las formulaciones modernas de anticonceptivos orales.
Diseño	Estudio de cohortes prospectivas poblacionales con un seguimiento de 11 años (1991–2002).
Pacientes	Un total de 48.321 mujeres suecas, de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años, fueron seleccionadas de forma randomizada, a partir de una población residente en la región de Uppsala, de Suecia, entre 1990 y 1991.
Principales resultados medibles	Infartos de miocardio, letales y no letales, acaecidos y verificados a través de la red de registros nacionales de muertes, hospitalización y emigración.
Resultados	Hubo 214 casos de infarto de miocardio. Comparadas con pacientes que nunca usaron anticonceptivos o usuarias antiguas (riesgo relativo: 1,0; intervalo de confianza 95%, 0,7–1,4) nor current (riesgo relativo: 0,7; intervalo de confianza 95%, 0,4–1,4) las usuarias de anticonceptivos incluidas en el estudio tuvieron un elevado riesgo de futuros infartos de miocardio en modelos ajustados para factores de riesgo de enfermedad coronaria. El riesgo de infarto de miocardio no se incrementó por el uso prolongado de anticonceptivos orales, así como tampoco en los subgrupos realizados en función de las características de las mujeres o de los tipos de anticonceptivos orales.
Conclusiones	En este estudio prospectivo el riesgo de infarto de miocardio no se incrementó con el uso de anticonceptivos orales, los cuales contenían bajas dosis de estrógenos, además de progestágenos de segunda y tercera generaciones.



Publicación	Fertil Steril: 333-41.
Título	<i>AMONG WOMEN UNDERGOING EMBRYO TRANSFER, IS THE PROBABILITY OF PREGNANCY AND LIVE BIRTH IMPROVED WITH ULTRASOUND GUIDANCE OVER CLINICAL TOUCH ALONE? A SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF PROSPECTIVE RANDOMIZED TRIALS.</i> ENTRE LAS MUJERES SOMETIDAS A TRANSFERENCIA EMBRIONARIA ¿LA PROBABILIDAD DE OBTENER GESTACIONES CON RESULTADOS FINALES ÓPTIMOS MEJORA SI EMPLEAMOS GUÍA ECOGRÁFICA?
Autor/es	Ahmed M. Abou-Setta, Ragaa T. Mansour, Hesham G. Al-Inany, Mona M. Aboulghar, Mohamed A. Aboulghar and Gamal I. Serour.
Objetivo	Investigar la teoría acerca de la mejora de los resultados clínicos con el uso de una guía ecográfica durante la transferencia embrionaria.
Diseño	Revisión sistemática de ensayos clínicos prospectivos, randomizados y controlados que comparaban el uso de guía ultrasónica frente al no uso en la práctica de la transferencia embrionaria.
Lugar	Centros de infertilidad.
Pacientes	5.968 ciclos de transferencia embrionaria.
Intervenciones	Transferencia embrionaria con y sin guía ecográfica.
Principales resultados medibles	Se obtuvieron a partir de PubMed, EMBASE y CENTRAL. Los resultados medibles primarios fueron las tasas de gestación, gestación evolutiva y recién nacidos vivos. Los resultados medibles secundarios fueron las tasas de implantación, gestaciones múltiples y abortos. También fue evaluada la incidencia de gestación ectópica y la dificultad en la transferencia.
Resultados	Se obtuvieron 25 estudios, de los que 5 fueron excluidos. El metaanálisis de los 20 estudios restantes (5.968 ciclos de transferencia embrionaria) se llevó a cabo usando el método de Mantel-Haenszel. La transferencia embrionaria guiada con ecografía se asoció con un incremento significativo en el número de recién nacidos vivos (odds ratio [OR]=1,78, 95% intervalo de confianza [IC]=1,19 a 2,67), gestaciones evolutivas (OR=1,51, 95% IC=1,31 a 1,74), gestaciones clínicas (OR=1,50, 95% IC=1,34 a 1,67), implantaciones embrionarias (OR=1,35, 95% IC=1,22 a 1,50), y menores dificultades técnicas (OR=0,68, 95% IC=0,58 a 0,81). No se hallaron diferencias en las tasas de gestación múltiple, gestación ectópica o abortos.
Conclusiones	La transferencia embrionaria guiada con ecografía aumenta las probabilidades de obtener unas tasas de gestación clínica, gestación evolutiva y recién nacidos vivos mayores, comparadas con el no uso de la misma.



Publicación	Fertil Steril: 396-400.
Título	<i>ROLE OF TREATMENT WITH OVARIAN STIMULATION AND INTRAUTERINE INSEMINATION IN WOMEN WITH UNILATERAL TUBAL OCCLUSION DIAGNOSED BY HYSTEROSALPINGOGRAPHY.</i> PAPEL DE LA ESTIMULACIÓN OVÁRICA Y POSTERIOR INSEMINACIÓN INTRAUTERINA EN MUJERES CON OCLUSIÓN TUBÁRICA UNILATERAL DIAGNOSTICADAS POR HISTEROSALPINGOGRAFÍA.
Autor/es	Jacob Farhi, Avi Ben-Haroush, Yehezkel Lande and Benjamin Fisch.
Objetivo	Analizar el valor de la hiperestimulación ovárica controlada (HOC) e inseminación intrauterina (II) en mujeres con oclusión tubárica unilateral diagnosticada por histerosalpingografía. La histerosalpingografía es la prueba más realizada para el estudio de la patología tubárica. El manejo de pacientes con oclusión tubárica unilateral no está claro y los estudios acerca de los resultados de estimulación ovárica e inseminación son raros.
Diseño	Estudio retrospectivo de casos y controles.
Lugar	Clínicas de infertilidad del servicio nacional de salud.
Pacientes	El grupo de estudio estuvo integrado por 62 mujeres tratadas en nuestro centro por oclusión

	tubárica unilateral, entre 1998 y 2005. En todos los casos, los ciclos menstruales fueron regulares y los niveles de FSH en el tercer día del ciclo, así como el análisis espermático fueron normales. EL grupo control consistió en 115 pacientes con infertilidad de origen desconocido tratados durante el mismo período de tiempo.
Intervenciones	Todas las pacientes fueron tratadas con tres ciclos consecutivos de estimulación ovárica e inseminación intrauterina, de acuerdo a los protocolos establecidos. Los datos analizados incluyeron parámetros clínicos, respuesta a la estimulación ovárica, parámetros espermáticos y tasa de gestación.
Principales resultados medibles	Tasa acumulativa de gestación tras tres ciclos de HOC e II.
Resultados	No hubo diferencias entre los grupos en los parámetros clínicos y espermáticos. La tasa acumulativa de gestación tras los tres ciclos de HOC e II fue de 30,9% para el grupo de estudio y de 42,6% para el grupo control. Dicha tasa fue menor en las mujeres con oclusión tubárica media y distal, frente a aquellas mujeres con oclusión proximal (19% versus 38,2%), sin alcanzar significación estadística y fue significativamente menor que en las mujeres con infertilidad de origen desconocido (19% versus 42,6%).
Conclusiones	La HOC e II debe ser sugerida como el tratamiento inicial en mujeres con oclusión tubárica proximal unilateral. Los resultados son similares a los obtenidos en mujeres con infertilidad desconocida. Sin embargo, los resultados de este tratamiento son peores en pacientes con oclusión unilateral media o distal, los cuales deberían ser remitidos para un manejo laparoscópico o técnicas de fecundación in vitro.



Publicación	Fertil Steril: 401-5.
Título	<i>INCREASED PLASMA VISFATIN CONCENTRATIONS IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME.</i> AUMENTO DE LAS CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE VISFATINA EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO.
Autor/es	Te-Fu Chan, Yi-Ling Chen, Hung-Hseng Chen, Chien-Hung Lee, Shiang-Bin Jong and Eing-Mei Tsai.
Objetivo	Analizar la hipótesis acerca de unas mayores concentraciones plasmáticas de visfatina en mujeres con síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) frente a mujeres que no padecen dicho síndrome.
Diseño	Estudio clínico.
Lugar	Hospital universitario.
Pacientes	Fueron evaluadas un total de 52 mujeres. 26 padecían SOP y las otras 26 eran mujeres sanas con ciclos menstruales regulares (grupo control).
Intervenciones	Análisis de la concentración plasmática de visfatina mediante RIA.
Principales resultados medibles	Concentraciones séricas de FSH, LH, TSH, PRL, T, insulina, E2 y visfatina.
Resultados	Las concentraciones plasmáticas de visfatina fueron significativamente más altas el grupo de mujeres con SOP ($336,8 \pm 50,2$ ng/mL) que en el grupo control ($282,4 \pm 43,3$ ng/mL). El análisis de regresión logística mostró una asociación significativa entre los valores de la odds ratio (OR) de las mujeres con SOP y los niveles de visfatina (OR=2,81; 95% intervalo de confianza [IC], 2,74–2,90), T (OR=3,39; 95% IC, 2,85–4,16) y LH (OR=3,49; 95% IC, 2,79–4,56). Los niveles de visfatina no se correlacionaron con los de T, LH, insulina o edad de las mujeres, tanto en el grupo de mujeres con SOP como en el grupo de mujeres sanas. Observamos que los niveles de visfatina se correlacionaron positivamente con el índice de masa corporal, en el grupo de SOP ($r = 0,396$, $r^2 = 0,157$) y no el grupo control ($r = -0,328$, $r^2 = 0,108$).
Conclusiones	Nuestros datos muestran que las mujeres con SOP tienen mayores niveles plasmáticos de visfatina que las mujeres sanas con similar índice de masa corporal. Son necesarios estudios posteriores para intentar esclarecer la etiología y los efectos de la hipervisfatinemia en mujeres con SOP.



	
Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, September 2007, 134 (1): 37-43.
Título	<i>MATERNAL AND NEONATAL INFECTIONS AND OBSTETRICAL OUTCOME IN WATER.</i> INFECCIÓN MATERNA Y NEONATAL Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS EN PARTOS EN EL AGUA.
Autor/es	Rosanna A. Zanetti-Daellenbach, Sibil Tschudin, Xiao Yan Zhong, Wolfgang Holzgreve, Olav Lapaire and Irene Solí.
Objetivo	El objetivo de nuestro estudio fue asesorar sobre los efectos del parto en el agua y sus complicaciones obstétricas, la tasa de infección materna y neonatal en una población seleccionada de bajo riesgo.
Material y métodos	En este estudio prospectivo observacional (1998-2002) 513 mujeres desearon tener un parto en el agua. El estudio fue aprobado por el comité ético y se obtuvieron los consentimientos informados. De acuerdo con el curso del parto comparamos tres grupos: mujeres que presentaron un parto en el agua, parto vaginal normal tras inmersión y parto vaginal normal sin inmersión. Los resultados medidos fueron la infección materna y fetal, parámetros obstétricos y parámetros de laboratorio relevantes.
Resultados	Los grupos eran compatibles en términos demográficos y obstétricos. La infección materna y neonatal y los parámetros de laboratorio mostrados no presentaron diferencias entre los grupos. No hubo infección materna relacionada con el parto en el agua. Hubo 5 neonatos nacidos en el agua y 3 tras parto vaginal precedido de inmersión con conjuntivitis. Se observaron diferencias significativas en los siguientes parámetros obstétricos: menor uso de analgesia, menor duración en la primera y segunda fase del parto, menos episiotomías en el parto en el agua. Por el contrario, no se observaron diferencias significativas en los siguientes parámetros obstétricos: test de APGAR, pH arterial y venoso, ingreso neonatal en UCI.
Conclusiones	El parto en el agua es una alternativa al parto tradicional. La tasa de infección materna y fetal fue comparable a la del parto tradicional.



Publicación	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, September 2007, 134 (1): 87-94.
Título	<i>LONG-TERM RESULTS OF TENSION-FREE VAGINAL TAPE (TVT) FOR THE TREATMENT OF FEMALE URINARY STRESS INCONTINENCE.</i> RESULTADOS A LARGO PLAZO DE TVT PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA FEMENINA URINARIA DE ESFUERZO.
Autor/es	G. Chêne, J. Amblard, A.S. Tardieu, J.R. Escalona, A. Viallon, B. Fatton and B. Jacquetin.
Objetivo	Estudio prospectivo de los resultados y complicaciones en un período de 5 años después del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante TVT. Y comparación de nuestros resultados con los estudios de referencia.
Material y métodos	Sobre 94 pacientes que fueron tratadas por incontinencia urinaria únicamente mediante un procedimiento de TVT (procedimiento quirúrgico sencillo) entre abril de 1997 y diciembre de 1998; el 68% de las pacientes presentaban incontinencia urinaria de esfuerzo pura y 32% mixta. Fueron encontrados aproximadamente un 25,5% de tasas de incontinencia de esfínter (presión urinaria vesical <20 cm de H ₂ O ₂). Las pacientes fueron evaluadas después de 5 años: 52 estudios completos (clínico, medida del flujo con medidas del residuo postmiccional, PAD-test en 24 h y cuestionario de calidad de vida), 30 entrevistas telefónicas, 12 pérdidas de seguimiento (2

	pacientes fallecidas).
Resultados	Aproximadamente un 87% de las pacientes tuvieron un seguimiento a 5 años, la tasa de éxito fue alrededor de 79,2% (84,5% de las incontinencias urinarias puras de esfuerzo y un 67% de los casos de incontinencia urinaria mixta) y un 72,2% de casos asociados a insuficiencia de esfínter. Tuvimos únicamente un 13% de pacientes perdidas en su seguimiento. Más de la mitad de los casos de urgencia miccional fueron tratadas con éxito, sin embargo, con una menor satisfacción en casos de vejiga inestable. La exploración urodinámica reveló que la TVT causa disuria : 52% de las pacientes tenía un máximo de tasa de flujo urinario por debajo de 15 ml/sg, pero la calidad de vida mejoró, con una tasa de 95% de satisfacción sin problemas funcionales. Hemos observado que no existen complicaciones a largo plazo, tales como la erosión vaginal o la extrusión del prolene; el cuadro de novo fue raro, con 8,5% de frecuencia urinaria, 6% de urgencia urinaria y solamente 5,7% de disuria que repercute a la vida normal. No vimos casos de patología del suelo pélvicos tras el tratamiento con TVT.
Disclusión	Los resultados de nuestra casuística son comparables con los estudios de referencia de autores escandinavos, Rezapour y Ulmsten, confirmando el éxito a largo plazo del procedimiento de TVT. Respecto a la aparición de tasas elevadas de disuria después de la TVT encontradas en exploración urodinámica, habría que diferenciar entre problemas urinarios tras TVT (frecuentes pero poco sintomáticos) y la verdadera disuria severa (rara). De cualquier forma la disuria, en el sentido más extenso, no afecta a la calidad de vida de las pacientes, y es el resultado aceptable de una meticulosa técnica quirúrgica.
Conclusiones	El tratamiento de la incontinencia urinaria mediante TVT es una técnica reproducible, mínimamente invasiva, muy fiable con éxito en la mayor parte de nuestras pacientes sin complicaciones serias; es barato y muy exitoso, incluyendo los casos complicados, como las insuficiencias de esfínter. Todos los datos recientes confirman que en los 5 años de seguimiento el procedimiento de TVT es comparable a la técnica gold standar, que es la colposuspensión de Burch.



	
Publicación	Obstetrics & Gynecology. 110(4):793-800, Octubre 2007.
Título	ORAL CONTRACEPTIVES AND THE RISK OF DEATH FROM BREAST CANCER. CONTRACEPTIVOS ORALES Y EL RIESGO DE MUERTE DEL CÁNCER DE MAMA.
Autor/es	Wingo, Phyllis A. PhD, MS; Austin, Harland ScD; Marchbanks, Polly A. PhD; Whiteman, Maura K. PhD; Hsia, Jason PhD; Mandel, Michele G. BA; Peterson, Herbert B. MD; Ory, Howard W. MD.
Objetivo	Examinar la relación entre el uso de anticonceptivos orales y el riesgo de muerte del cáncer de mama.
Material y métodos	Utilizaron datos de una entrevista que examina datos del cáncer de mama y estudio de hormonas esteroideas; tales como los datos de la vigilancia, epidemiología del cáncer, y los resultados finales del cáncer. Se valoró la supervivencia a los 15 años y el uso anterior de contraceptivos orales, entre 4.292 mujeres con edades comprendidas entre los 20 a 54 años, en las que se había diagnosticado el cáncer de mama a partir del 1 de diciembre de 1980 al 31 de diciembre de 1982. Los modelos cox de riesgo fueron utilizados para estimar el índice relativo de muerte del cáncer de mama por uso de anticonceptivo oral.
Resultados	La duración del uso del anticonceptivo oral, el tiempo desde su comienzo, edad con la que comenzó su uso, y composición de la píldora no fueron asociados a supervivencia. Relacionado con el tiempo desde su última utilización, el riesgo de muerte del cáncer de mama disminuyó perceptiblemente con el aumento de tiempo transcurrido desde que se utilizó el anticonceptivo oral, pero un efecto constante del gradiente no fue observado. Los cocientes ajustados de riesgo se encuentran entre 0,86 a 1,41 y eran 1,00 o menos para todas las categorías, excepto las que tomaron anticonceptivos durante 13 a 24 meses antes de diagnóstico; ninguno era estadísticamente significativo. Las mujeres que utilizaban actualmente los anticonceptivos orales

	tenían un cociente ajustado de riesgo de 0,90 (0,68, 1.19).
Conclusiones	El uso de anticonceptivos orales no tenía efecto perjudicial ni beneficioso en la mortalidad del cáncer de mama. Las diferencias entre las usuarias de la píldora y las no usuarias eran leves, y las estimaciones del riesgo fueron bajas, generalmente con límites de confianza que incluyeron casi siempre 1. Nivel de evidencia: II



Publicación	Obstetrics & Gynecology. 110(4):820-826, Octubre 2007.
Título	<i>EFFECT OF COITAL ACTIVITY ON ONSET OF LABOR IN WOMEN SCHEDULED FOR LABOR INDUCTION: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.</i> EFECTO DE LA ACTIVIDAD COITAL PARA EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES QUE TIENEN PROGRAMADA LA INDUCCIÓN DEL PARTO. UN ENSAYO CONTROLADO Y RANDOMIZADO.
Autor/es	Tan, Peng Chiong MRCOG; Yow, Choon Ming MBBS; Omar, Siti Zawiah Mmed.
Objetivo	Estimar el efecto del coito en el inicio del trabajo.
Material y métodos	Reclutaron a mujeres con inducción programada, a término. Se animó al grupo de mujeres aconsejado de coito que tuvieran sexo para promover el inicio del trabajo de parto. Los controles no fueron a favor ni en contra con respecto al coito. Los participantes realizaron coito y orgasmo diariamente, con los cuidados obstétricos estándares proporcionados a ambos grupos. Los primeros resultados fueron informados como coito y trabajo espontáneo. Los resultados secundarios incluyeron información sobre orgasmos, Bishop inicial al momento de la inducción, la ruptura prematura de membranas, el uso de prostaglandinas, el oxytocina, epidural o el líquido amniótico meconial, la necesidad de cesáreas, la fiebre materna y la morbilidad neonatal.
Resultados	Grupos de 108 y 102 mujeres asignadas aleatoriamente respectivamente aconsejado de coito y de control, participaron en el análisis. En las mujeres asignadas al grupo aconsejado de coito era más probable la actividad coital antes del parto (60,2% comparado con 39,6%, riesgo relativo 1.5, intervalo de confianza 1,1-2,0 del 95%; P=.004), pero en la tasa de inicio de trabajo de parto espontáneo no había ninguna diferencia (55,6% comparado con 52,0%, riesgo relativo 1,1, intervalo de confianza 0,8-1,4 del 95%; P=.68). Tampoco se encontró diferencias en las tasa de cesáreas y resultados neonatales y otros secundarios.
Conclusiones	Entre las mujeres programadas para inducción de trabajo de parto que fueron aconsejadas tener sexo, el aumento de la actividad sexual no aumentó el índice de trabajo espontáneo. Nivel de evidencia: I



	
Publicación	The Breast Journal, June 2007;16(3): 297-302.
Título	<i>RESULTS OF CHEST WALL RESECTION FOR RECURRENT OR LOCALLY ADVANCED BREAST MALIGNANCIES.</i> RESULTADOS DE LA RESECCIÓN DE LA PARED TORÁCICA EN CÁNCER DE MAMA RECURRENTE O LOCALMENTE AVANZADO.
Autor/es	Veronesi G, Scanagatta P, Goldhirsch A, Rietjens M, Colleoni M, Pelosi G et al.

Resumen	Entre 1998 y 2003 observamos 15 mujeres a las que se les realizo resección de la pared torácica seguida de reconstrucción plástica como tratamiento en cánceres de mama localmente avanzados primarios o recurrentes. Los síntomas preoperatorios fueron: dolor en 5 pacientes, ulceración maloliente en 3, masa tumoral en 4 y deformidad torácica en 2 de ellos. Una de ellas estaba asintomática. La cirugía consistió en esternectomía parcial con resección costal en 9 pacientes, resección costal sola en 5 y esternectomia total en 1. No hubo mortalidad ni morbilidad mayor perioperatoria, sólo complicaciones menores en 3 pacientes (20%). Cinco de las 6 pacientes supervivientes refirieron mediante entrevista telefónica un resultado positivo. La mediana de la supervivencia global y libre de enfermedad fue de 23,4 y 17,5 meses, respectivamente. En conclusión, este procedimiento es seguro con una baja morbilidad y mortalidad y es útil como tratamiento paliativo en cánceres de mama avanzados. Debería contemplarse más frecuentemente este tratamiento multidisciplinar para pacientes que no responden al tratamiento clásico.
----------------	--



Publicación	The Breast, June 2007; 16(3): 307-315.
Título	<i>PROGESTERONE RECEPTOR STATUS PROVIDES PREDICTIVE VALUE FOR ADJUVANT ENDOCRINE THERAPY IN OLDER ESTROGEN RECEPTOR-POSITIVE BREAST CANCER PATIENTS.</i> EL ESTADO DEL RECEPTOR DE PROGESTERONA TIENE VALOR PREDICTIVO EN LA TERAPIA ENDOCRINA ADYUVANTE DE PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA CON RECEPTOR ESTROGÉNICO POSITIVO.
Autor/es	Ke-Da Y, Guang-Yu L, Gen-Hong D, Jiong W, Jin-Song L, Kun-Wei S et al.
Resumen	El estado del receptor de estrógenos (RE) puede predecir la eficacia de la terapia endocrina. Sin embargo, la significancia predictiva del receptor de progesterona (RP) es controvertida. Se revisaron los datos de 758 pacientes con cáncer de mama RE+ que recibieron terapia adyuvante con tamoxifeno entre 3-5 años para evaluar el valor predictivo del RP para la terapia con tamoxifeno en 2 grupos: RE+/RP+ y RE+/RP-. Para una mediana de seguimiento de 40 meses no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos respecto a la supervivencia libre de enfermedad (SLE). Además se realizo un estudio de los datos estratificando por grupos de edad encontrando en el subgrupo de >60 años un peor pronóstico para el grupo de RE+/RP- con una significancia de p=0,0484 para la SLE y de p=0,0009 para la supervivencia global. Los resultados sugieren que en este último grupo de pacientes el estatus del RP se debe tener en cuenta, ya que estos pacientes tienden a ser resistentes al tratamiento con tamoxifeno.



Publicación	The Breast, August 2007;16(4): 387-395.
Título	<i>LONG-TERM ONCOLOGICAL RESULTS OF BREAST CONSERVATIVE TREATMENT WITH ONCOPLASTIC SURGERY.</i> RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CÁNCER DE MAMA CON CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA.
Autor/es	Rietjens M, Urban CA, Rey PC, Mazzarol P, Maisonneuve P, Garusi C et al.
Resumen	La cirugía oncoplástica combina el tratamiento conservador (TC) y las técnicas de cirugía plástica que pueden permitir mayores resecciones mejorando los resultados antiestéticos. No se han publicado resultados a largo plazo de este tipo de técnicas. Se analizaron los datos de 148 tratamientos consecutivos de cirugía oncoplástica y se compararon con TC simples de una base de datos historia de ensayos clínicos. La mediana de seguimiento fue de 74 meses. La escisión completa se consiguió en 135 pacientes (91%); afectación local de márgenes hubo en 8 (5%); y distancia a márgenes <2 mm en 5 (3%). Cinco pacientes desarrollaron recurrencia ipsilateral (3%), 19 (13%) metástasis a distancia y 11 fallecieron (7,53%). Las pacientes con tumores de más de 2 cm tuvieron mayor riesgo de recurrencia local y a distancia. Los resultados a largo plazo de la cirugía oncoplástica son comparables a los de los tratamientos conservadores simples de los ensayos clínicos randomizados.



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