

**Vol 5. Año 10. N° 2 // Agosto 2016**

ISSN 1851-250X

**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA  
DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA  
Y GINECOLOGÍA  
(A.A.C.O.G)**



---

**Asociación Argentina  
de Controversias en  
Obstetricia y Ginecología**

---

(A.A.C.O.G)-Asociación Civil

**Revista de la Asociación Argentina  
de Controversias en Obstetricia y Ginecología  
(A.A.C.O.G) - Asociación Civil**

*vol 5 año 10 nº 2 // Agosto 2016*

**Comisión Directiva 2015-2016**

<b>Presidente</b>	Dra. Claudia Andrea Gonzalez
<b>Vicepresidente</b>	Dra. Claudia Roxana Scalise
<b>Secretario</b>	Dra. Nidia López
<b>Prosecretario</b>	Dra. Laura Elena Maffei
<b>Tesorero</b>	Dr. Martín Rotella
<b>Protesorero</b>	Dr. Miguel Ángel Bigozzi
<b>Secretario de Actas</b>	Dra. Úrsula Tevez

**Vocales Titulares**

Dr. Alejandro Ariel Hakim  
Dra. Élide Rodríguez  
Dra. Liliana Di Blasio  
Dra. Silvana Arena  
Dr. Ignacio Perez Tomasone  
Dra. Alejandra Belardo

**Vocales Suplentes**

Dra. Susana Moggia  
Dra. Silvia Orenstein  
Dra. Ángela Gómez  
Dra. Graciela Scagliotti  
Dra. Verónica Mendez

<b>Revisor de Cuentas Titular</b>	Dra. Victoria Fazio
<b>Revisor de Cuentas Suplente</b>	Dra. Clara Gómez Lisarrague
<b>Comisión de Relaciones Institucionales</b>	Dr. Héctor Pedro Couto Dr. Damián Serrano Dra. Marcela Triviño
<b>Comisión de Página Web</b>	Lic. Claudia Viviana Negri Dra. Paola Alejandra Mendiola Lic. Luciana Gava

**A.A.C.O.G NO SE RESPONSABILIZA POR LAS OPINIONES VERTIDAS DE LOS AUTORES**

Todos los derechos para A.A.C.O.G.  
Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.  
Email: [info@aacog.org.ar](mailto:info@aacog.org.ar)  
Web: [www.aacog.org.ar](http://www.aacog.org.ar)



## **Resúmenes de Trabajos de Ginecología**

presentados en el

**8º Congreso Internacional  
10º Congreso Argentino  
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

**24 al 26 de Agosto de 2016**

	<b>Título Poster</b>	<b>Autores</b>	<b>Institución</b>
1	Embarazo ectópico de cuerno uterino - Alternativa terapéutica en mujer joven con deseo de embarazo futuro	Dr. Vernengo Horacio ; Dr. Palacios Jaraquemada José M.	proCells Medicina Genética y reproductiva
2	Embarazo Ectópico Localizado en Cicatriz de Cesárea Previa	Rusman, Corazza, Bistritsky, Ponce, Iuliano, Silva, Crispin, Carbone, Ma cci, Gresta	Hospital Dr. Ignacio Pirovano
3	Tumores Malignos de Ovario. Nuestra Experiencia en los Últimos Seis Años	R Fuleston, G Kunzi, SM Raya, NA Iglesias, D Garcia, L Bonafede	Hospital General de Agudos J. M Ramos Mejia
4	Influencia de la Desinformación en las Adolescentes	Amarante Melisa, Arévalo Viviana, Carulli Luciana, Carbajal Luciana, Deb Jesus Leon Myriam, Krcmarik Noelia, Villar Priscila.	Hospital D. F. Santojanni
5	Metástasis Ocular por Carcinoma Lobulillar de Mama	Bevilacqua, José; Colatruglio Torres, Marina; Sgarzini, Celeste; Colorado Aguirre, Klinton; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Mastología. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica - Hospital Iriarte de Quilmes
6	Riesgo de Trastorno en la Conducta Alimentaria Según el Nivel de Autoestima y Estado Nutricional en Mujeres Perimenopáusicas de CABA	Squillace C, Avila A, Mayoral T, Rosensviag V, Taverna C, Alorda B, Torresani ME	Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. UBA.
7	Talleres de Educación Sexual integral Sexualidad y discapacidad	Lic. Obstétrica: Buccinna, María Fernanda	CAFyS Carupá Municipalidad de Tigre.
8	Detección del Ganglio Centinela en Cáncer de Mama con Azul Patente como Única Metodología	Bevilacqua, José; Colatruglio Torres, Marina; Orozco, Alejandra; Colorado, Enrique; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Mastología. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica - Hospital Iriarte de Quilmes
9	Tumores Borderline de Ovario: ¿Cirugía Radical o Tratamiento Conservador ?	Bevilacqua, José; Gorosito, Cecilia; Bueno, María; Cerignale, Florencia; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Mastología. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica - Hospital Iriarte de Quilmes
10	Tumores Malignos Primarios Múltiples con Participación Ginecológica	Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Sgarzini, Celeste; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Ginecología Oncológica y Sección Patología Mamaria. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes
11	Diagnóstico Clínico, Histopatológico y Evolutivo de los Sarcomas Uterinos	Bevilacqua, José; Bueno, María; Abalsamo, Rosina; Sgarzini, Celeste; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Ginecología Oncológica y Sección Patología Mamaria. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes
12	Índice Pronóstico de Van Nuys: ¿Debe Cuestionarse su Utilidad?	Bevilacqua, José; Orozco, Alejandra; Colorado Aguirre, Klinton; Cerignale, Florencia; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Ginecología Oncológica y Sección Patología Mamaria. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes
13	Carcinoma seroso papilar puro de cuello uterino: seguimiento a largo plazo luego de un tratamiento preservador de la fertilidad.	M. Mendez, H. Moschen; E. Bonavia., R. Garrido, A. Aragona, A. Soderini	Unidad Ginecologia Oncológica, Hospital Oncológico "Marie Curie" Buenos Aires. Argentina
14	Significancia Pronóstica del Tamaño Tumoral en Carcinoma Escamoso de Vulva. - Experiencia en Hospital "Marie Curie"	A. Aragona, H. Moschen, M. Mendez, P. Mollar Vigh, S. Milone, A. Soderini	Unidad Ginecologia Oncológica, Hospital Oncológico "Marie Curie" Buenos Aires. Argentina
15	Lesiones Subclínicas de Mama. Nuestra experiencia. Revisión bibliográfica.	Raya, S. M, Kunzi, G., Bravo C., Lobo Pernigotti M. D. ,Bonafede L. , Holub P.	Servicio de Ginecología del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía Buenos Aires
16	Carcinomas Mixtos de la Mama	Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Colatruglio Torres, Marina; Abalsamo, Rosina; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)	Sección Mastología. Servicios de Ginecología y de Anatomía Patológica (1). Hospital Iriarte de Quilmes

# **Embarazo ectópico de cuerno uterino**

## **Alternativa terapéutica en mujer joven con deseo de embarazo futuro**

Autores: Dr. Vernengo Horacio ; Dr. Palacios Jaraquemada José M.  
proCells Medicina Genética y reproductiva

El embarazo del cuerno uterino constituye uno de los embarazos ectópicos más peligrosos (1). Especialmente cuando ocurre una ruptura acompañada de hemorragia antes de realizar el diagnóstico. Representa un 2 a un 4 % de los embarazos ectópicos o 1-2500/5000 nacidos vivos y en general tienen antecedentes de tratamientos de reproducción asistida, cirugía tubaria o infección pelviana crónica (2).

Los criterios ecográficos para su diagnóstico son:

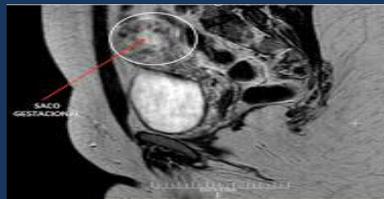
- 1) cavidad endometrial vacía.
- 2) saco gestacional separado de la cavidad uterina.
- 3) adelgazamiento miometrial -menor a 5 mm- del margen del saco gestacional en el cuerno uterino (3).

El diagnóstico ecográfico se realiza en el 70% de los casos con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 99% (4).

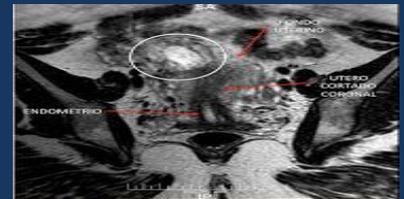
La ecografía bidimensional puede ser insuficiente para determinar la posición precisa del embarazo, en esas circunstancias los estudios multiplanares, tales como la ecografía 3D (5) o la resonancia magnética (6), pueden ser de utilidad para definir su situación con un mínimo margen de error.



Macroscopia: Puede verse la infiltración del tejido trofoblástico en el útero



Corte coronal, Técnica T2  
Embarazo cornual derecho. Espesor (por escala) de la pared uterina es de 1,5 mm



Corte sagital  
ENDOMETRIO  
CISTESCO CORNUAL  
CORNIO CORNUAL

La cirugía abierta es recomendada en embarazos ectópicos cornuales con deseo de gesta futura. Esto permite utilizar una sutura multicapa y reducir así la posibilidad de dehiscencia o ruptura. Asimismo, el uso del electrocauterio debe minimizarse a fin de evitar la fibrosis, ya que reduce la fuerza tensil del área reparada (7).

No hay un consenso acerca del mejor tratamiento para el embarazo del cuerno uterino. El metotrexate puede ser útil, pero está asociado a falla entre el 9 al 65% (8-9).

Puede realizarse un manejo histeroscópico microinvasivo (10) y si la extracción no ha sido completa (cuantificación de gonadotropina coriónica) el tratamiento puede complementarse con la aplicación de metotrexate adicional (11). También puede realizarse un tratamiento combinado, con laparoscopia y histeroscopia (12) así como el uso de distintas variantes instrumentales (13).

También ha sido relatada la disminución del flujo arterial mediante la ligadura de la arteria uterina (14), sin embargo, la preservación de la arteria uterina está recomendada para evitar reducir el flujo ovárico (15) especialmente en mujeres en edad reproductiva.

### Tratamiento con MTX

Ventajas del: Rápido no cruento

Desventajas: Posibilidad de complicaciones (baja, pero real), posibilidad de ruptura (x tamaño)

### Tratamiento laparoscópico

Ventajas del: Mini invasivo

Desventajas: Posibilidad de recidiva, cicatrización deficiente

**Opción tratamiento quirúrgico:** Minimizar la lesión vascular ovárica y garantizar la mejor reparación disponible, removiendo todo el tejido afectado

En este caso, se aislaron la arteria uterina y ovárica, se hizo un clampeo temporal con clamp Bulldog (vascular). Hecha la extirpación con margen de seguridad, se hizo hemostasia con Vycril 000 bajo lupa quirúrgica, luego 2 planos de sutura y cubierta con malla antiadherente de Surgicel (celulosa regenerada)

Ventajas: Resección total, hemostasia temporal (protección ovárica), sutura en doble capa, no se usó electrocauterio minimizando la fibrosis.

Desventajas: Cirugía abierta

## Embarazo ectópico de cuerno uterino

### Alternativa terapéutica en mujer joven con deseo de embarazo futuro

Autores: Dr. Vernengo Horacio ; Dr. Palacios Jaraquemada José M.  
proCells Medicina Genética y reproductiva



Exteriorización y colocación de  
clamps vasculares



Disección y resección sobre  
tejido sano



Hemostasia por sutura 000 luego  
de retirar los clamps



Vista final

#### Bibliografía

- 1.- Surekha SM, Chama raja T, Nabakishore SHN, Bimo Ichandra SHN, Neeraja TS. A ruptured left cornual pregnancy: a case report. J Clin Diagn Res. 2013 Jul;7(7):1455-6. doi: 10.7860/JCDR/2013/5644.3154. Epub 2013 Jul 1.
- 2.- Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry: Obstet Gynecol. 2004;103:47-50.
- 3.- Radwan Faraj, Martin Steel. Management of cornual (interstitial) pregnancy: Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. 2007;9: 249-55.
- 4.- Rathod S, Samal SK. A true cornual pregnancy with placenta percreta resulting in a viable fetus. Int J Appl Basic Med Res. 2015 Sep-Dec;5(3):203-5. doi: 10.4103/2229-516X.165364.
- 5.- Singh N, Tripathi R, Mala Y, Batra A. Diagnostic Dilemma in Cornual Pregnancy- 3D Ultrasonography may Aid!! J Clin Diagn Res. 2015 Jan;9(1):QD12-3. doi:10.7860/JCDR/2015/6775.5484. Epub 2015 Jan 1.
- 6.-Takeda A, Koike W, Hayashi S, Imoto S, Nakamura H. Magnetic resonance imaging for diagnosis and management of unruptured interstitial pregnancy. J Obstet Gynaecol Res. 2015 Sep;41(9):1384-93. doi: 10.1111/jog.12718. Epub 2015 Jul 14.
- 7.- Maruthini D, Sharma V. A Case of Live Birth after Uterine Reconstruction for Recurrent Cornual Ectopic Pregnancy following IVF Treatment. Case Rep Obstet Gynecol. 2013;2013:625261. doi: 10.1155/2013/625261. Epub 2013 Feb 12.
- 8.- Buster JE, Heard MJ. Current issues in medical management of ectopic pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2000;12(6):525-7.
- 9.- Buster JE, Heard MJ. Current issues in medical management of ectopic pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2000;12(6):525-7.
- 10.- Nezhad CH, Dun EC. Laparoscopically-assisted, hysteroscopic removal of an interstitial pregnancy with a fertility-preserving technique. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(6):1091-4.
- 11.- Ahn JW, Lee SJ, Lee SH, Kang SP, Won HS. Ultrasound-guided transcervical forceps extraction of unruptured interstitial pregnancy. BJOG. 2013;120(10):1285-8.
- 12.- Fritz RB, Rosenblum N, Gaither K, Sherman A, Mc Calla A. Successful laparoscopically assisted transcervical suction evacuation of interstitial pregnancy following failed methotrexate injection in a community hospital setting. Case Rep Obstet Gynecol. 2014;2014:695293
- 13.- Grindler NM, Ng J, Tocce K, Alvero R. Considerations for management of interstitial ectopic pregnancies: two case reports. J Med Case Rep. 2016 Apr 27;10(1):106. doi: 10.1186/s13256-016-0892-9.
- 14.- Khawaja N, Walsh T, Gill B. Uterine artery ligation for the management of ruptured cornual ectopic pregnancy. Eur J Obstet Gynecologic Reprod Biol. 2005;118(2):269.
- 15.-Wen J, Wang XH, Guo Y, Cui HZ, Bao HL, Liu J, Ma XQ. Evaluation of clinical effect of hysterectomy preserving the uterine artery. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2006 Nov;41(11):745-8.



## EMBARAZO ECTOPICO LOCALIZADO EN CICATRIZ DE CESAREA PREVIA



Autores: Rusman, Corazza, Bistrisky, Ponce, Iuliano, Silva, Crispin, Carbone, Maci, Gresta

### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico presenta una incidencia aproximada del 2%. Presenta distintas localizaciones: ampular 70%, ístmica tubaria 12%, fimbrial 11%, óvarica 3,2%, intersticial 2,4%, y abdominal 1,3%.

Menos del 2% se reportan en la cicatriz de cesárea previa. Éstas tienen un elevado riesgo de complicaciones como acretismo placentario, perforación y hemorragia uterina.

### CASO CLINICO

Se presenta el caso de una paciente de 36 años, G5C3Ab1, FUM incierta, quien consulta a nuestra maternidad de Htal. Pirovano, por presentar sangrado uterino. Se realiza ecografía que informa: "imagen sacular de 20,5 mm (5.5 semanas) y trofoblasto en íntimo contacto con cicatriz segmentaria."

Paciente intercorre con dolor abdominal agudo, por lo que se decide realizar laparotomía exploradora.

### RESULTADOS

Durante la exploración quirúrgica, se constata útero gestante y, abombando a nivel ístmico, formación redondeada, reblandecida y violácea, de aproximadamente 4 cm. Se decide histerectomía total.



El resultado anatómico patológico informa: "útero gestante, con implantación baja de la placenta a nivel de istmo y acretismo focal"



### CONCLUSION

La implantación del blastocito a nivel cicatrizal es muy poco frecuente, representando una de las causas de acretismo placentario. El producto de la gestación queda rodeado de miometrio y tejido fibroso, por fuera de tejido endometrial.

La historia natural de tal condición es desconocida, pero la ruptura de la cicatriz uterina impide la continuación del embarazo, representando alto riesgo de morbilidad materna.

Dada su baja prevalencia, no existe consenso en cuanto al tratamiento, utilizándose actualmente medicación como metotrexato, además del manejo quirúrgico en casos específicos. Se ha visto que el legrado uterino está contraindicado.

# R Fuleston, G Kunzi, SM Raya, NA Iglesias, D Garcia, L Bonafede

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario ocupa el tercer lugar en orden de frecuencia dentro de los cánceres ginecológicos. En nuestro país la tasa de incidencia es de 7.3/100.000 mujeres y la edad media de diagnóstico es de 61 años. El 90% corresponde a tumores de origen epitelial, siendo el resto tumores derivados de células germinales, estroma y cordones sexuales. Dentro de los tumores epiteliales, el tipo histológico más frecuente es el seroso papilar, continuando el mucinoso 10% y el endometroide 10%. Dentro de los tumores no epiteliales los más frecuentes son el disgerminoma y el tumor de las células de la granulosa.

## OBJETIVO

Analizar las características de presentación de los cáncer de ovario al momento del diagnóstico en los últimos 6 años.

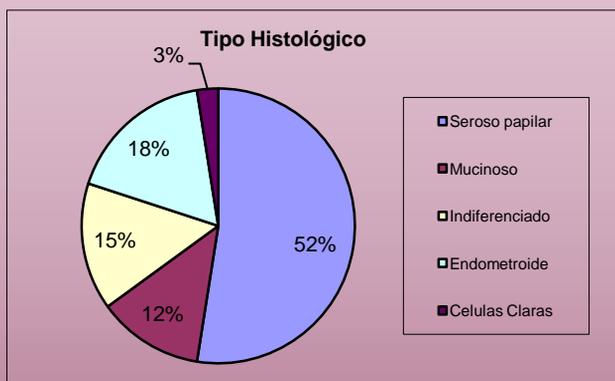
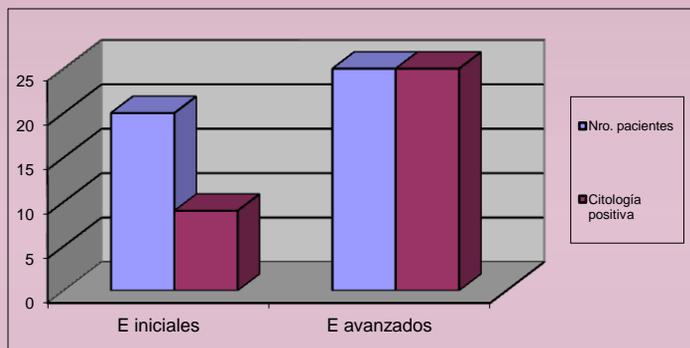
## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo que deriva del análisis de las historias clínicas de todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario del consultorio de oncología ginecológica del Htal. Ramos Mejía desde enero 2010 a junio 2016. Las variables analizadas fueron: edad de presentación, estadio al diagnóstico, tipo y grado histológico y presencia de células atípicas en la citología del líquido ascítico.

## RESULTADOS

Se analizaron 45 de las 50 pacientes diagnosticadas, fueron excluidas 5 pacientes por presentar tumores borderline al examen histopatológico. La edad mediana de presentación fue 58 años (X 54). El 55.6% (25/45) de los casos presentaban enfermedad avanzada al momento del diagnóstico.

Del total de pacientes el 88.8% fueron tumores epiteliales. Los tumores no epiteliales fueron: dos tumores de las células de la granulosa, dos disgerminomas y un tumor del seno endodérmico.



Las pacientes en estadios avanzados (25/45) presentaban una edad mediana ligeramente mayor (59 años) y en todos los casos tenían citología positiva del líquido ascítico. La mayoría de los casos fueron de origen epitelial (24/25) siendo el tipo histológico más frecuente el seroso papilar (60%).

Las pacientes con estadios iniciales (20/45) presentaban una edad mediana similar (57 años), el tipo histológico más frecuente fue el seroso papilar seguido del endometroide con grados histológicos medios y bajos. Solo el 45% (9/20) de las pacientes tenían citología positiva en el lavado peritoneal. La mayoría de las pacientes con tumores de origen germinal se diagnosticaron en estadios iniciales (4/5).

## CONCLUSIÓN

A diferencia de los trabajos publicados, en el período analizado encontramos un número alto de pacientes que consultaron en estadios iniciales de la enfermedad. Esto es debido probablemente a la cantidad de pacientes con tumores no epiteliales incluidos, que normalmente se diagnostican en este estadio.

La mayoría de las pacientes con tumores epiteliales concurren a la consulta con estadios avanzados y en todos los casos presentaban células atípicas en el líquido ascítico/lavado peritoneal. El tipo histológico más frecuente fue el seroso papilar. Las dificultades en el diagnóstico temprano se asocian a la falta de un correcto método validado de screening y a que la sintomatología de la enfermedad temprana es inespecífica.

# INFLUENCIA DE LA DESINFORMACIÓN EN LAS ADOLESCENTES

**Autores:** Amarante Melisa, Arévalo Viviana, Carulli Luciana, Carbajal Luciana, Deb Jesus Leon Myriam, Krcmarik Noelia, Villar Priscila.

**Hospital D. F. Santojanni**

**Introducción:** La salud de los adolescentes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Constituye la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial.

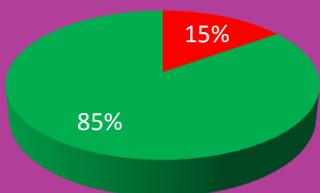
**Objetivo:** Concientizar a los adolescentes en cuanto a salud sexual y reproductiva y así disminuir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no buscados.

**Población y Muestra:** Se evaluaron 1224 adolescentes que concurren a 3 de los colegios pertenecientes al área programática del Hospital Santojanni. Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal.

## Resultados:

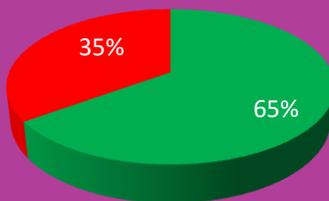
**Adolescentes con Hijos**

■ SI ■ NO



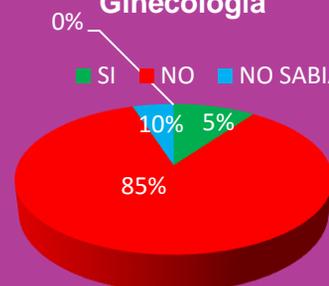
**Utilización de Método Anticonceptivo**

■ SI ■ No



**Consulta con Ginecología**

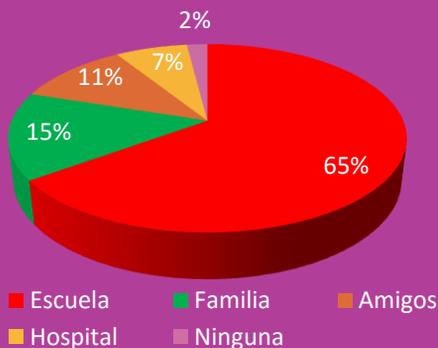
■ SI ■ NO ■ NO SABIA



**Inicio de las relaciones Sexuales**



**Fuente de Información**



**Conclusión:** Consideramos que es necesario articular y promulgar todas las leyes y programas de educación sexual existentes y proponer otras, para poder brindarles la fuente de información adecuada a los adolescente, porque a pesar de que la mayoría refería recibirla del colegio y luego de la familia, se puede observar que hay muchas falencias en cómo se brinda dicha información.

# METÁSTASIS OCULAR POR CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA

Bevilacqua, José; Colatruglio Torres, Marina; Sgarzini, Celeste; Colorado Aguirre, Klinton;  
Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)  
Sección Mastología. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica (1)  
Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Más del 50% de las metástasis (MTS) en globo ocular y órbita son producidas por el cáncer de mama. La diseminación hematógena suele darse a través de la arteria carótida interna, arteria oftálmica, vasos ciliares y tracto uveal, aunque también puede producirse a través del plexo venoso de Batson. Contrariamente a los procesos expansivos oculares primarios, las MTS suelen tener un crecimiento rápido con aparición de sintomatología precoz y en la gran mayoría de los casos son unilaterales. Los signos más precoces y que con más frecuencia aparecen en las MTS son la alteración en la motilidad ocular y la proptosis. Tener en cuenta que las MTS pueden simular otras lesiones de carácter no maligno, como los hemangiomas, miositis, orbitopatía tiroidea u otros procesos inflamatorios. Para el diagnóstico, tanto la TAC como la RMN son fundamentales y más útiles que los ultrasonidos para evaluar órbita y globo ocular con sospecha de lesiones metastásicas. Resulta previsible que la mayor parte de las pacientes con MTS oculares se diagnostiquen en fases muy avanzadas de la enfermedad, con un pronóstico desfavorable a corto plazo (tiempo de supervivencia promedio: 9-17 meses). El tratamiento se basa en la quimioterapia y/o radioterapia, habiéndose logrado en pocos casos remisión completa.

**OBJETIVO:** Describir un caso infrecuente de enfermedad metastásica ocular por carcinoma lobulillar de mama, diagnosticado en una paciente de 37 años, atendida en nuestro hospital en abril del 2014.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Presentación de caso clínico. A. A., H.C: 25.552.719. Ant. Familiares: abuela tratada por cáncer de endometrio. Ant. Personales: 11-05-12: mastectomía tipo Madden de mama derecha más vaciamiento axilar post-quimioterapia neoadyuvante (3 ciclos). Informe histopatológico (Prot. 843-12): "Carcinoma lobulillar infiltrante de mama extenso, con invasión de piel y MTS en 8/10 ganglios axilares. Tamaño: 9,5 x 8,5 x 3 cm, GH3, con invasión linfática peritumoral y extensión periganglionar". Realiza quimioterapia (QT) de consolidación (4 ciclos) más radioterapia con buena tolerancia. El 21-04-14 es derivada de Oncología por nódulo de mama izquierda (MI). Al examen mamario presenta formación indurada, poco móvil, de 8 x 5 cm, ubicada en ambos cuadrantes superiores de MI. Adenopatías poco móviles en prolongación axilar izquierda. Huecos supra e infraclaviculares libres. El 25-04-14 se realiza punción Tru Cut del nódulo descrito, siendo el informe histopatológico (Prot. 589-14): "Carcinoma lobulillar infiltrante". Realiza QT neoadyuvante y habiendo completado la misma, consulta el 03-11-14 por dolor retroocular y a los movimientos oculares del ojo izquierdo. El 09-12-14 es evaluada en Neurología, comprobándose déficit de la motilidad ocular izquierda, por lo que se solicita RMN de encéfalo y órbitas. Dicho estudio confirma la sospecha clínica de MTS ocular por carcinoma lobulillar de mama.

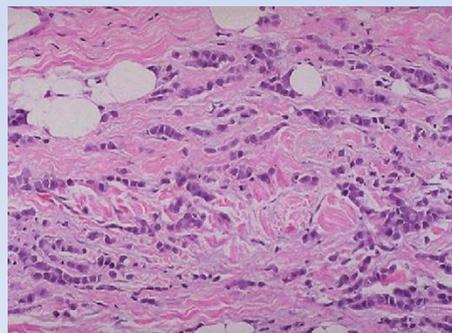
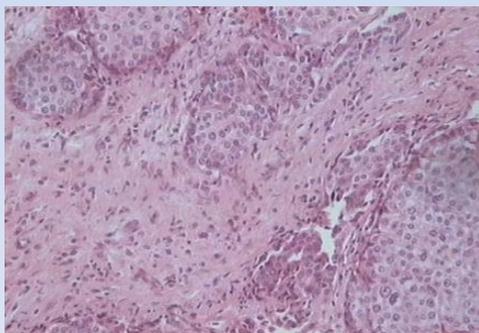
**RESULTADO:** Luego de evaluarse el caso clínico en ateneo, y antes de comenzar el tratamiento radiante del tumor descrito, la paciente fallece por enfermedad metastásica diseminada (globo ocular, tórax, cerebro).

## CONCLUSIONES:

Ante la aparición de sintomatología ocular en pacientes con historia de cáncer de mama, cabe pensar en la posibilidad de MTS oculares.

Tal como sucedió en nuestro caso, su aparición suele ser tardía en el curso de la enfermedad.

El pronóstico de las pacientes con MTS ocular por cáncer de mama es malo en la mayoría de los casos.





# RIESGO DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA Y ESTADO NUTRICIONAL EN MUJERES PERIMENOPÁUSICAS DE CABA.

**Autores:** Squillace C, Avila A, Mayoral T, Rosenzvaig V, Taverna C, Alorda B, Torresani ME  
*Escuela de Nutrición. Facultad de Medicina. UBA. Proyecto UBACyT 2014-2017*

Las mujeres perimenopáusicas experimentan cambios que inciden sobre la psiquis y pueden perturbar su autoestima, conductas alimentarias estado nutricional.

## Objetivos

Asociar el riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con nivel de autoestima y estado nutricional en mujeres perimenopáusicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

## Metodología

Estudio observacional transversal, en mujeres perimenopáusicas aparentemente sanas, que visitaron las Estaciones Saludables de CABA (Julio a Septiembre 2015).

Variables:

Riesgo de desarrollar TCA según Cuestionario SCOFF (Sick Control On Fat Food questionnaire) Sin riesgo:  $\leq 1$  punto; con riesgo:  $\geq 2$  puntos

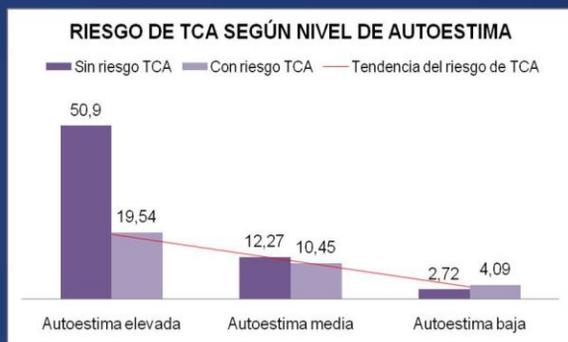
Nivel de autoestima según Escala de Rosember (baja, media o elevada)

Estado nutricional según IMC (bajo peso, normo peso, sobrepeso u obesidad).

Análisis estadístico con SPSS 19.0, estableciendo medidas de tendencia central,  $X^2$  o Prueba de Fisher según el tamaño muestral, con valor  $p < 0,05$ .

## Resultados:

- ✓  $n = 220$  Edad =  $52 \pm 8$  años
- ✓ El 51.3% de la muestra presentó sobrepeso u obesidad
- ✓ 70,5% refirió nivel de autoestima alto.
- ✓ El 34,1% presentó riesgo de desarrollar TCA.



✓ El riesgo de desarrollar TCA se asoció en forma inversa con el nivel de autoestima ( $p = 0,005$ ) y en forma directa con los valores del IMC ( $p = 0,0001$ ).

## Conclusiones:

A mayor IMC y menor nivel de autoestima, se observó mayor riesgo de padecer TCA.



# Talleres de Educación Sexual integral

## Sexualidad y discapacidad

**Autor:** Lic. Obstétrica: Buccinna, María Fernanda  
CAFyS Carupá Municipalidad de Tigre.

### Objetivo Principal

- Trabajar aspectos de la educación sexual desde una perspectiva Integral en adolescentes con discapacidades mentales leves y moderadas y/o patologías crónicas, con un abordaje interdisciplinario.

### Objetivos secundarios:

- Generar condiciones que permitan construir su autonomía en relación a la sexualidad.
- Promocionar el cuidado del propio cuerpo y la valoración del mismo
- Ampliar los lazos sociales del Cafys con aquellas instituciones que están en los márgenes de lo social.
- Promover la accesibilidad a una mejor calidad de vida en las personas con discapacidad y sus familias.
- Generar un espacio de escucha y reflexión para padres y o tutores para abordar esta temática.
- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.

### Fundamentación:

Abordar la discapacidad mental y o patologías crónicas nos propone un desafío desde la salud, la familia y la escuela, en muchos casos por desconocimiento, genera un interrogante y un sin fin de mitos.

Es necesario, al promover la accesibilidad, en el marco de los derechos a la atención integral de la salud, considerar las situaciones de la vida cotidiana escolar como oportunidades para trabajar actitudes, practicas y conocimientos vinculados a la sexualidad.

Se tiende a pensar que la sexualidad de los adolescentes con discapacidad es cuanto menos “especial”, mas expuesta a peligros, sin poder mirarlos como seres únicos, independientes y sexuados.

### Material y método:

Talleres de Educación Sexual Integral en instituciones y escuelas especiales de trastornos mentales y o patologías crónicas del área programática.

Los mismos fueron destinados a los educadores, a los educandos y sus padres y /o tutores con un enfoque alternativo y participativo donde el intercambio dinámico, juega un papel determinante para el logro de los objetivos propuestos, al ser utilizadas como herramientas movilizadoras que incitan a la reflexión y al análisis a partir del trabajo grupal.

### Conclusión:

En muchos casos las familias continúan mirando al adolescente como niño, sin poder pensarlo con un cuerpo distinto. Así como también los padres desconocían los cambios físicos de sus hijos, reconocían sus dificultades para poner en palabras aspectos relacionados a la sexualidad, sosteniendo el lugar del adolescente con discapacidad sin posibilidad del disfrute.

Se visualizó la masturbación como tabú y el término Sexualidad como sinónimo de genitalidad.

Sin embargo los adolescentes han demostrado su necesidad de poder poner en palabras, gestos, lo que les pasa, apropiándose del espacio construido.

“La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano; su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor”,

Si visualizamos que la sexualidad es algo que somos y que nos constituye como seres humanos, entonces será fácil aceptar que la educación sexual integral es fundamental y básica para el desarrollo de una persona, tenga o no una discapacidad.

# DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE MAMA CON AZUL PATENTE COMO ÚNICA METODOLOGÍA

Bevilacqua, José; Colatruglio Torres, Marina; Orozco, Alejandra; Colorado, Enrique; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

Sección Mastología. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica (1). Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** El ganglio centinela (GC) representa el primer ganglio hacia donde drena un tumor a nivel locorregional y por ende, el primer ganglio en involucrarse con una posible extensión tumoral. Su identificación con colorante vital es usada con éxito desde hace varios años. Si bien el método combinado (colorante vital más Gamma Probe) es mucho más certero (cae el índice de falsos negativos a menos de 2-3%), la detección del GC con azul patente como único recurso representa un método confiable, seguro, económico y eficaz.

**OBJETIVO:** Describir la experiencia en la identificación del GC con azul patente como única metodología, en pacientes con carcinomas intraductales y carcinomas invasores de mama estadios I-II (axilas clínicamente negativas).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo descriptivo de 9 pacientes con carcinomas no invasores y 47 con carcinomas invasores de mama (total: 56 casos), diagnosticados en nuestro hospital entre el 01-01-2005 y el 31-12-2014. Se realizó inyección de 1-3 ml de azul patente peritumoral (pocos casos) y periareolar durante la inducción anestésica, con posterior masaje manual del área por 5-10 minutos. En ninguno de los casos se utilizó Gamma Probe. Los GC fueron enviados frescos a Patología, sin ser medidos ni cortados luego de su exéresis. La identificación de metástasis (MTS), tanto en la evaluación intraoperatoria como en la patología final, condujo a la disección axilar. No se efectuó vaciamiento axilar (VA) ante el hallazgo de células tumorales aisladas pN0 (i +), pero sí en caso de diagnosticarse micrometástasis pN1 (mi). Cuando no pudo identificarse la tinción intraoperatoria con azul patente, también se realizó VA luego de una espera adicional de 10 minutos. Se estudiaron las siguientes variables: 1- Edad promedio de las pacientes, 2- Sitio de inyección del colorante vital, 3- Procedimientos diagnósticos previos a la implementación de la técnica, 4- Cirugías asociadas a la técnica, 5- Número de GC teñidos detectados, 6- Número de GC adicionales extirpados, 7- Número de pacientes con compromiso metastásico del GC y posterior VA, 8- N° de pacientes con GC (-) y VA, 9- N° de pacientes con GC (-) sin VA, 10- Reacciones adversas y 11- Otros datos.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue 59 años (r: 40-86 a.). El sitio de inyección del azul patente fue peritumoral (6 casos), periareolar (32 casos), periareolar bilateral (1 c.) y no especificado en 17 casos. En las siguientes tablas se describen parte de las variables mencionadas:

**TABLA I. PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS PREVIOS**

Punción biopsia histológica:	5 c.
Biopsia incisional:	1 c.
Biopsia radioquirúrgica (BRQ):	6 c.
Biopsia ecoquirúrgica (BEQ):	2 c.
Nodulectomía:	7 c.
Cuadrantectomía:	2 c.
Tumorectomía MD + BRQ MI:	1 c.
Total:	24 c.

**TABLA II. CIRUGÍAS ASOCIADAS A LA TÉCNICA**

BRQ:	6 c.
Ampliación de tumorectomía previa:	10 c.
Tumorectomía amplia:	10 c.
Cuadrantectomía:	10 c.
Operación de Madden:	3 c.
Total:	39 c.

**TABLA III. GANGLIOS CENTINELAS TENIDOS**

No hallado:	7 c.
Sin colorear (palpatorio en área):	2 c.
1 GC:	24 c.
2 a 3 GC:	20 c.
4 GC:	1 c.
T. bilateral, 3 GC teñidos (Axila izq.) GC + VA derecho	1 c.

## CONCLUSIONES:

El GC fue identificado con azul patente en 46/56 mujeres (82%), y fue positivo para MTS en el 23% de los casos. No se evidenciaron reacciones anafilácticas graves, y las complicaciones locales fueron triviales. Recomendamos la detección del GC con azul patente dada su alta eficacia, seguridad, accesibilidad y bajo costo.

Se extirpó un ganglio adicional en 4 casos y 2 o más GC en 19 casos. En 13 pacientes se hallaron GC con MTS, prosiguiéndose con la respectiva disección axilar. A 7 mujeres con GC (-), también se les efectuó VA (curva de aprendizaje), mientras que a otras 29 con GC (-) no se les realizó tal cirugía. Solo 1 paciente presentó rash cutáneo generalizado en el postoperatorio (PO) inmediato, el cual cedió con corticoides. Solo 17 mujeres presentaron en el PO alejado una pequeña mácula azul en el sitio de inyección del colorante vital. Se comprobaron 1 caso falso (+) (hiperplasia ganglionar interpretada como micrometástasis en el estudio intraoperatorio) y 1 falso (-) (negativo en la biopsia intraoperatoria pero positivo en el diferido). En otra paciente se halló un ganglio intramamario coloreado, próximo al tumor, siendo el resultado de su biopsia intraoperatoria negativo.

# TUMORES BORDERLINE DE OVARIO: ¿ CIRUGÍA RADICAL O TRATAMIENTO CONSERVADOR ?

Bevilacqua, José; Gorosito, Cecilia; Bueno, María; Cerignale, Florencia;

Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

Sección Ginecología Oncológica, Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica (1)

Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores borderline de ovario (TBO) presentan rasgos biológicos e histológicos intermedios entre los tumores claramente benignos y los francamente malignos. Si bien la mayoría de los reportes indican que la cirugía debe seguir los mismos lineamientos que para los tumores invasores, otros autores han informado tasas de supervivencia global mayores al 90% en mujeres con TBO Estadio II-III tratadas mediante cirugía conservadora. Estos últimos plantean que la posibilidad de recidiva es infrecuente y tardía, siendo la citorreducción secundaria un tratamiento efectivo para pacientes con enfermedad recurrente.

**OBJETIVO:** Evaluar las diferentes modalidades quirúrgicas implementadas para el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo de 12 casos de TBO diagnosticados en nuestro hospital entre el 01-01-2000 y el 01-01-2014. Las variables estudiadas fueron: 1- Porcentaje de TBO en relación al número total de tumores ováricos extirpados en igual periodo, 2- Edad promedio de las pacientes, 3- Motivos de consulta, 4- Hallazgos imagenológicos, 5- Determinación del CA125, 6- Tratamiento quirúrgico, 7- Estadificación FIGO, 8- Histopatología y 9- Evolución.

**RESULTADOS:** De un total de 305 cirugías por tumores ováricos, 257 (84,2%) correspondieron a patología benigna, 36 (11,8%) a patología maligna y 12 (4%) a TBO. La edad promedio de las pacientes fue 48 años (r: 27-65 a.). Cinco pacientes (41%) consultaron por distensión abdominal y dolor hipogástrico inespecífico, mientras que otras dos fueron derivadas con diagnóstico de tumor ovárico más dolor en fosa ilíaca izquierda. Una mujer consultó por dolor abdominal más metrorragia y otra por el hallazgo de formación anexial en ecografía de control. Otras dos consultaron por polihipermenorrea y metrorragia de la postmenopausia respectivamente. La restante sufrió la rotura de un tumor anexial izquierdo mientras se encontraba internada por cuadro de amenaza de aborto. En general, la ultrasonografía evidenció imágenes quísticas con áreas sólidas, tanto uniloculares como multiloculares. La TAC abdomino-pelvíana mostró masas heterogéneas, algunas tabicadas, con diámetros de entre 10 a 25 cm. El dosaje de CA125, realizado en 6 pacientes, se mostró levemente aumentado en un solo caso (53 UI/ml). En las siguientes tablas se señalan los tratamientos quirúrgicos y la Estadificación FIGO.

**TABLA I. TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS**

n: 12 c.

2 ooforectomías unilaterales + quistectomía de ovario contralateral (16,6%)
3 anexectomías unilaterales, una con biopsia de epiplón y otra con biopsia en cuña del ovario contralateral (25%)
1 anexectomía bilateral + omentectomía (8,3%)
1 anexohisterectomía (AH) subtotal + omentectomía parcial (8,3%)
1 AH + apendicectomía (8,3%)
4 AHT con técnica extrafascial + omentectomía (una de ellas parcial) (33%)

**TABLA II. ESTADIFICACIÓN FIGO**

n: 12 c.

E IA: 8 casos (66%)
E IC: 2 casos (16,6%)
E IIC: 1 caso (8,3%)
E IIIB: 1 caso (8,3%)

Se diagnosticaron un 50% de tumores serosos (6 casos) y un 50% de tumores mucinosos (6 casos restantes; uno de ellos correspondió a un cistoadenocarcinoma mucinoso en teratoma, asociado a focos de tumor carcinoide atípico). La macroscopía indicó un tamaño promedio de los tumores de 15 cm. Solo 3 casos mostraron bilateralidad y 1 caso presentó implantes peritoneales no invasores. Ninguna de las pacientes tuvo recurrencias de la enfermedad.

## CONCLUSIONES:

- La mayoría de los reportes muestran un número limitado de casos. En nuestra serie, los TBO representaron el 4% de los tumores de ovario extirpados.
- En un 50% de las pacientes se realizó cirugía radical (AH), mientras que en el resto (6 mujeres jóvenes), la terapéutica instaurada fue conservadora, lográndose buenos resultados.
- Un 66% de los casos se diagnosticaron en E IA.
- No hubo diferencias significativas en la incidencia de tumores serosos y mucinosos borderline.

# TUMORES MALIGNOS PRIMARIOS MÚLTIPLES CON PARTICIPACIÓN GINECOLÓGICA

Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Sgarzini, Celeste;  
Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

Sección Ginecología Oncológica y Sección Patología Mamaria. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica (1). Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores malignos primarios múltiples (TMPM) son neoplasias que se presentan en una misma paciente simultánea o sucesivamente, siendo su frecuencia cercana al 7%, y del 2% para los TMPM ginecológicos en particular. Un 2º tumor será considerado como nuevo primario solo si su localización e histología son diferentes a la del 1º tumor. Los TMPM pueden desarrollarse de forma sincrónica (simultánea) o metacrónica (cuando el intervalo de tiempo mediado entre la aparición o el diagnóstico de los segundos tumores es superior a 6 meses).

**OBJETIVO:** Revisar nuestra experiencia en la atención de pacientes con TMPM con participación ginecológica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo de 12 pacientes con TMPM con compromiso de al menos un órgano génito-mamario, atendidas en nuestro hospital entre el 01-01-2000 y el 31-12-2015. Se investigaron las siguientes variables: 1- Porcentaje de TMPM en relación al total de cánceres génito-mamarios diagnosticados en igual periodo, 2-Cantidad de tumores sincrónicos y de tumores metacrónicos, 3-Edad promedio de las mujeres con tumores sincrónicos, 4-Edad media de aparición del 1º y 2º tumor en los metacrónicos, 5-El intervalo promedio de tiempo de aparición de los tumores metacrónicos, 6-Posibles factores causales y/o de riesgo, 7-Las diferentes asociaciones tumorales y 8-Evolución.

**RESULTADOS:** De un total de 945 cánceres génito-mamarios diagnosticados en el periodo mencionado, 12 (1,26 %) correspondieron a TMPM. Tres pacientes tuvieron tumores sincrónicos y 8 metacrónicos. Solo una mujer con TMPM triple, presentó inicialmente un tumor sincrónico (TS) y luego desarrolló un tumor metacrónico (TM).

La edad promedio de las pacientes con TS fue 68 años (r: 48-82 a.). En los TM, la edad media de aparición del primer cáncer fue 60 años (r: 47-76 a.) y la edad media para el segundo fue 65 años (r: 53-79 a.). El intervalo de tiempo promedio de presentación de los TM fue 49 meses (r: 7-144 m.). La mujer con tumor triple desarrolló un TS a los 34 años y un TM 7 años después. Cinco pacientes refirieron antecedentes de cáncer en familiares de primer grado: Cáncer gástrico (2 casos), cáncer de mama (2 c.) y cáncer hepático/cáncer de mama (1c.). Seis mujeres recibieron tratamiento adyuvante del 1º tumor: quimioterapia (2 c.), radioterapia mamaria (2 c.) y radioterapia más braquiterapia (2 c.). En la siguiente tabla se señalan las diferentes asociaciones tumorales.

<b>TUMORES SINCRÓNICOS</b>		<b>TUMORES METACRÓNICOS</b>	
Mama/Endometrio:	2 c.	Vejiga/Endometrio	1 c.
Mama/Ovario:	1 c.	Mama/Endometrio:	1 c.
		Cuello uterino/Mama	2 c.
		Mama/Ovario:	1 c.
		Endometrio/Mama:	1 c.
		Mama/Linfoma:	2 c.

La paciente con tumor triple presentó como TS la asociación Ovario/Cuello uterino y como TM un cáncer de mama.

Sin ser el objetivo de esta presentación, cabe acotar que cada una de las pacientes recibió el tratamiento indicado para cada caso en particular.

En relación a la evolución, 7 mujeres viven libres de enfermedad, 3 fallecieron por la patología y 2 no prosiguieron sus controles en nuestro servicio.

## **CONCLUSIONES:**

- Los TMPM correspondieron al % de todos los tumores génito-mamarios estudiados.
- 11 pacientes presentaron TMPM dobles y solo 1 un TMPM triple.
- En los TS, la asociación más frecuente fue la de mama/endometrio, mientras que para los TM, las asociaciones más comúnmente halladas fueron las de cuello uterino/mama y mama/linfoma.

# DIAGNÓSTICO CLÍNICO, HISTOPATOLÓGICO Y EVOLUTIVO DE LOS SARCOMAS UTERINOS

Bevilacqua, José; Bueno, María; Abalsamo, Rosina; Sgarzini, Celeste; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

Sección Ginecología Oncológica. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica(1). Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Los sarcomas uterinos (SU) comprenden un grupo heterogéneo de tumores malignos que se originan a partir del tejido mesenquimático uterino. Representan el 1% de los tumores genitales y el 3-7% de los carcinomas del cuerpo uterino. Suelen manifestarse por metrorragia, compresión pelviana y/o distensión abdominal. Los tipos histológicos más comunes son el leiomioma (40%), el sarcoma del estroma endometrial (10 al 15%), el sarcoma del estroma endometrial indiferenciado (5 al 10%) y el adenosarcoma (5 al 9%). El tratamiento es principalmente quirúrgico, por lo que la adyuvancia queda supeditada a cada tipo histológico en particular. En general, los sarcomas uterinos son tumores de mal pronóstico.

**OBJETIVO:** Describir la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta patología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo de 10 casos de SU diagnosticados en nuestro hospital entre el 01-01-2002 hasta el 31-12-2012. Las variables de estudio fueron: 1-Edad promedio, 2-Motivos de consulta, 3-Metodología diagnóstica, 4-Tratamiento quirúrgico, 5-Histopatología, 6-Tratamiento oncológico y 7-Evolución.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue 56 años (r: 25-83a.). Cinco pacientes consultaron por metrorragia de la postmenopausia, 2 por metrorragia de la perimenopausia, una por dolor abdominal, una por tumor abdómino-pelviano y otra por hipermenorrea. Se realizó diagnóstico preoperatorio en 9 mujeres: mediante aspirado manual endouterino (1 caso), raspado uterino fraccionado (RUF) (6 casos), RUF más polipectomía (1 caso) y biopsia de pólipo endocervical (1 caso).

En la siguiente tabla se sintetizan los diferentes tratamientos quirúrgicos efectuados y los resultados histopatológicos obtenidos.

**TABLA I: TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS – HISTOPATOLOGÍA**  
n: 10 casos

CIRUGÍA		RESULTADOS HISTOPATOLÓGICOS	
No efectuada:	2 c.	SEE BG puro:	1 c.
Anexohisterctomía total (AHT):	4 c.	SEE AG puro:	2 c.
AHT + omentectomía:	1 c.	SEE AG + Ca. endometroide de endometrio	1 c.
Laparotomía + biopsia de epiplón:	1 c.	SEE + Ca. serosopapilar de endometrio:	3 c.
Laparotomía + exéresis parcial uterina	2 c.	SEE + Sarcoma uterino AG + rabdomyosarcoma:	1 c.
		Sarcoma anaplásico de AG con diferenciación rabiomioblástica	1 c.
		Leiomyosarcoma:	1 c.

SEE: Sarcoma del estroma endometrial, BG: bajo grado, AG: alto grado, Ca: carcinoma

Solo 3 pacientes recibieron tratamiento adyuvante: dos de ellas quimioterapia y la otra radioterapia. El resto no fue posible de adyuvancia.

En relación a la evolución, solo 2 mujeres viven y el resto falleció por la enfermedad.

## CONCLUSIONES:

- En nuestro estudio, la edad promedio de las pacientes fue 56 años (r: 25-83 a.).
- El 50% de los casos consultó por metrorragia de la postmenopausia.
- El RUF fue el método diagnóstico preoperatorio más utilizado (70% de las mujeres).
- El tratamiento quirúrgico se implementó en el 80% de las pacientes.
- Solo 4 casos fueron sarcomas puros, mientras que el resto se asoció a otros sarcomas y/o carcinomas endometriales.
- El 80% de las mujeres falleció por la enfermedad.

# ÍNDICE PRONÓSTICO DE VAN NUYS: ¿Debe cuestionarse su utilidad?

Bevilacqua, José; Orozco, Alejandra; Colorado Aguirre, Klinton; Cerignale, Florencia; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

Sección Mastología. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica (1). Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento adecuado del carcinoma ductal in situ (CDIS) de la mama, constituye una de las principales preocupaciones tanto del mastólogo como del oncólogo clínico y radioterapeuta. A fin de determinar la terapéutica y el pronóstico de las pacientes, se creó el índice pronóstico de Van Nuys (IPVN), el cual combina 4 factores predictivos de recurrencia local: 1-Tamaño tumoral, 2-Márgenes, 3-Grado de diferenciación histológica, unida a la presencia o no de necrosis tumoral y 4-Edad de la paciente. En la actualidad, varios autores siguen validando el IPVN y si bien no todos los Centros de Mastología lo utilizan para decidir conducta, creemos que es una herramienta útil para seleccionar pacientes de distintos riesgos de recidiva y aplicarles así el tratamiento más adecuado.

**OBJETIVO:** Validar al IPVN como metodología para determinar conducta en pacientes con CDIS de la mama.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, descriptivo de 14 pacientes tratadas por CDIS de la mama en nuestro hospital entre septiembre del 2004 y septiembre del 2015. Se estudiaron las siguientes variables: 1- Edad promedio de las pacientes, 2- Principales hallazgos mamográficos, 3-Tratamientos quirúrgicos efectuados, 4- Histopatología y 5- Puntuaciones de Van Nuys obtenidas.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue 62 años (r: 44-78 a.).El hallazgo mamográfico más común fue el de microcalcificaciones irregulares (9 casos, uno de ellos bilateral), seguido de la presencia de nódulo de contorno irregular (2 casos). Se realizaron biopsias radioquirúrgicas en 11 casos (2 de ellas fueron bilaterales), además de 1 operación de Urban, 1 nodulectomía y una cuadrantectomía. En la tabla I se consignan los principales hallazgos histopatológicos.

**TABLA I – HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS. (n : 14)**

Caso	Tipo Histológico	Tamaño Tumoral	Bordes Quirúrgicos
1	CDIS BG	1,5 x 1,5 cm	Sin margen de segur.
2	CDIS BG	2 x 2 x 1,5 cm	Muy cercano a T
3	CDIS BG	4 x 3 x 3 cm	idem al ant.
4	CDIS BG	2,5 x 2 x 2 cm	NE (falta de marcación)
5	CDIS BG	-	NE (mat. fragmentado)
6	CDIS BG	0,3 x 0,1 cm	idem al ant.
7	CDIS BG	0,8 x 0,8 x 0,8 cm	Libres
8	CDIS BG	-	Sin margen de segur.
9	CDIS BG	2,5 x 2 x 2 cm	Libres
10	CDIS BG	3 x 3 x 1,5 cm	Sin margen de segur.
11	CDIS BG	1,5 x 1 x 1 cm	Libres
12	CDIS AG	Menor a 2 cm	Libres
13	CDIS AG	Menor a 2 cm	Libres
14	CDIS INTERMEDIO	1,4 x 1 cm	Libres

(CDIS: carcinoma ductal in situ, BG: bajo grado, segur: seguridad, T: tumor, ant: anterior, Mat: material, NE: no evaluables, AG: alto grado)

El IPVN pudo valorarse solo en 6 pacientes las cuales obtuvieron los siguientes scores:

**TABLA IV - INDICE PRONÓSTICO VAN NUYS. (n : 6)**

Score	Nº de Casos	Tratamiento Indicado
4	1	CC sola
5	3	CC sola
7	2	CC + RT

(CC: cirugía conservadora, RT: radioterapia)

## CONCLUSIONES

1- En nuestra limitada serie, solo pudo implementarse el IPVN en 6 casos (42,8%).

2- De los 4 parámetros tenidos en cuenta por el IPVN, el único modificable es el margen quirúrgico. Dado que los 8 casos restantes presentaban márgenes quirúrgicos inadecuados por lo que debieron ser sometidos a reintervenciones, los mismos no fueron puntuados con el score de Van Nuys, a fin de evitar la subvalorización.

3- Según el Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: "Pautas para el Manejo del Carcinoma Ductal in Situ de Mama" (2009), algunas pacientes pueden ser tratadas con cirugía conservadora solamente, si paciente y médico evalúan que el riesgo de recurrencia (determinado por el tamaño, el grado, los márgenes y la edad) es bajo. En definitiva, se basan en los mismos parámetros del IPVN.

# Carcinoma seroso papilar puro de cuello uterino: seguimiento a largo plazo luego de un tratamiento preservador de la fertilidad.

M. Mendez, H. Moschen; E. Bonavia., R. Garrido, A. Aragona, A. Soderini

Unidad Ginecología Oncológica,  
Hospital Oncológico "Marie Curie"

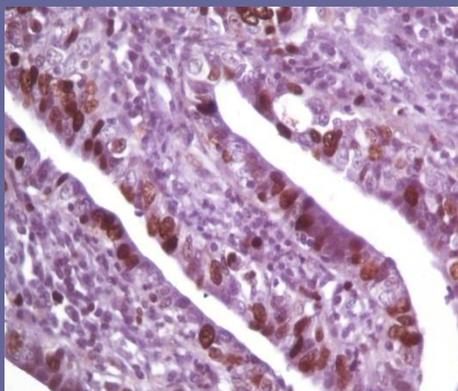
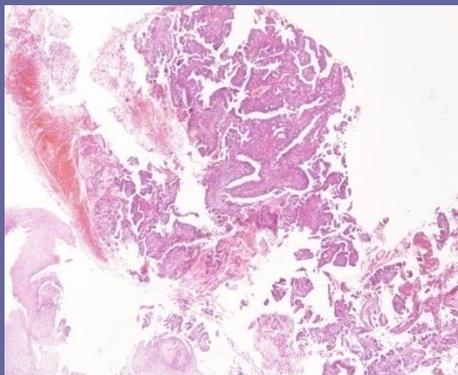
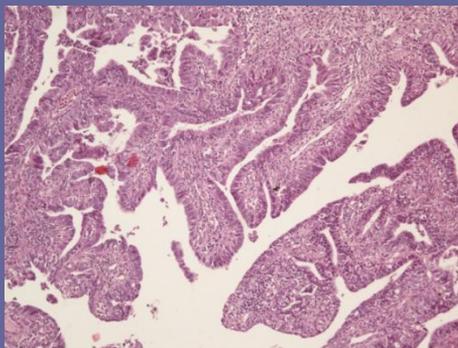


## **OBJETIVOS:**

Reporte de un caso de Carcinoma Seroso Papilar Puro de Cuello uterino (SPCC) tratado con un procedimiento de preservación de la fertilidad, sus características y seguimiento.

## **MATERIALES Y METODOS:**

Paciente de 34 años de edad, con diagnóstico de SPCC en junio 2010. Informe Anatomopatológico: carcinoma seroso papilar de cuello uterino, G 3, P53 (+). Estadio IB1, según el sistema de estadificación de la FIGO. Estudios adicionales pre quirúrgicos: RMN (tumor <1 cm) e histeroscopia. La paciente fue sometida a un procedimiento quirúrgico con preservación de la fertilidad. No se llevó a cabo ningún tratamiento adicional.



## **RESULTADOS:**

Después de la estadificación clínica, en Septiembre de 2010, se realizó una traquelectomía radical abdominal con preservación de las arterias uterinas y del plexo hipogástrico. Los hallazgos patológicos: SPCC, G3, 0,5 cm; muñon cervical: 4,5 x 4 x 2,8 cm; Parametrios y cúpula vaginal con márgenes quirúrgicos y patológicos libres, P53 (+). Luego de ningún tratamiento adicional y 68 meses de seguimiento, la paciente se encuentra clínicamente libre de la enfermedad.

**CONCLUSIONES:** Como se menciona en la literatura, en tumores de SPCC <2 cm, no debe haber ninguna diferencia de trato en comparación con otros adenocarcinomas de cuello uterino, por lo tanto, tratamientos menos radicales y procedimientos preservadores de la fertilidad deben ser tenidos en cuenta.

Contactos: Alejandro Soderini ; Alejandro Aragona

[sodeorge@fibertel.com.ar](mailto:sodeorge@fibertel.com.ar)

[alearagona77@hotmail.com](mailto:alearagona77@hotmail.com)

[alejandro.soderini@yahoo.com.ar](mailto:alejandro.soderini@yahoo.com.ar)

# SIGNIFICANCIA PRONÓSTICA DEL TAMAÑO TUMORAL EN CARCINOMA ESCAMOSO DE VULVA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL "MARIE CURIE"



A. Aragona, H. Moschen, M. Mendez, P. Mollar Vigh, S. Milone, A. Soderini

Unidad Ginecología Oncológica,  
Hospital Oncológico "Marie Curie"  
Buenos Aires. Argentina.

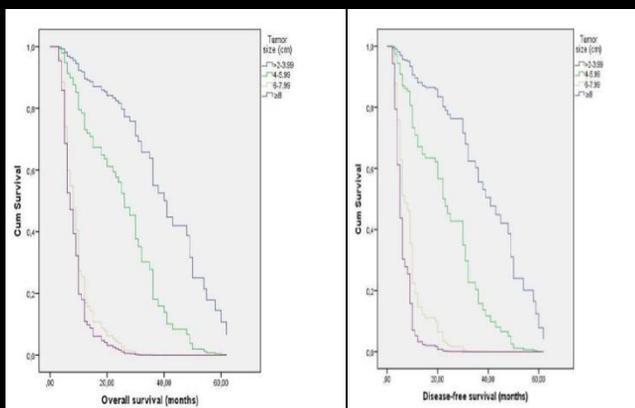


## OBJETIVOS

Evaluar la significancia pronóstica del tamaño tumoral en un subgrupo de pacientes con cancer vulvar locorregional, a las cuales se les puede realizar una resección radical. También determinar si es posible definir un valor de corte en el tamaño tumoral.

## MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo. Se incluyeron 105 pacientes (pctes) entre Enero de 1995 y Enero de 2012, con tumor primario vulvar de células escamosas, invasión estromal > 1mm y tamaño tumoral preoperatorio > 2cm. Fueron sometidas a cirugía radical como tratamiento primario ( vulvectomy radical o resección local amplia) y linfadenectomía inguino-femoral bilateral completa. Las pctes fueron estadificadas o re-estadificadas según FIGO 2009. estadíos IA y IV fueron excluidas. Se compararon y analizaron el tamaño tumoral clínico e histopatológico y se estratificaron en lesiones entre > 2-3,99 cm, 4-5.99 cm, 6-7.99 cm y ≥ 8 cm. También se consideraron la edad, grado histológico, estadío, compromiso ganglionar, seguimiento, SG y SLE .



**Análisis univariante de variables clínico-patológicas (prueba log-rank)**

	n	Sobrevida global 2-años sobrevida(%)	valor -P	Sobrevida libre de enfermedad 2-años sobrevida(%)
<b>Edad (años)</b>	<b>105</b>		<b>0.686</b>	
25-44	7	14		13
45-64	32	48	0.586	43
65-70	21	49	0.633	45
>70	45	46	0.353	41
<b>Estadío</b>	<b>105</b>		<b>0.001</b>	
IB	43	59		52
II	27	35	0.013	9
IIIA	14	27	0.791	12
IIIB	11	45	0.478	36
IIIC	10	0	0.014	0
<b>Tamaño tumoral en patología (cm)</b>	<b>105</b>		<b>&lt;0.001</b>	
>2-3.99	40	74		74
4-5.99	33	54	0.004	42
6-7.99	15	10	<0.001	12
≥8	17	0	0.647	0
<b>Número de ganglios linfáticos positivos</b>	<b>105</b>		<b>0.010</b>	
0	67	53		45
1	15	36	0.058	27
2	8	33	0.486	33
3,5	6	33	0.712	17
>5	9	0	0.123	0
<b>Grado</b>	<b>105</b>		<b>0.527</b>	
G1	35	53		46
G2	49	42	0.236	40
G3	21	32	0.999	32

## CONCLUSIÓN

Un valor de corte claro es en tumores ≥ 6 cm, desde el cual la sobrevida disminuye notablemente. Esto podría ser importante para adaptar el tratamiento en pacientes con tumores bulky primarios. Considerar a la QTN ( quimioterapia Neo adyuvante) como opción terapéutica.

## RESULTADOS

Edad: 67 años (rango: 36-83). Seguimiento: 21 meses (rango: 3-120). SG 2 años y SLE fueron de 48% y 40% respectivamente. Ochenta y tres pactes (79%) tuvieron recurrencia. Tiempo de recurrencia: 12 meses. Se observó una diferencia significativa al analizar la SG comparando los tumores >2-3.99 cm a 4-5.99 cm (P =0.004) y 4-5.99 a 6-7.99 cm (P = 0.000). No se observó una diferencia significativa comparando tumores de 6-7.99 a ≥ 8 cm (P = 0.647). Luego de un análisis de multivariantes, el tamaño tumoral y el estadío fueron los únicos factores pronósticos independientes para SLE y SG. Teniendo en cuenta el tamaño tumoral, el riesgo de disminución en la sobrevida fué 2,8 veces más alta en pacientes con un tamaño tumoral entre 4-5.99 cm (hazard ratio [HR] = 2.85); 16 veces para 6 -7.99 cm (HR = 16.0) y 20.1 veces para ≥ 8 cm (HR = 20.1), comparados con un tamaño tumoral >2-3.99 cm.

Contactos: Alejandro Soderini ; Alejandro Aragona

[asoderini@fibertel.com.ar](mailto:asoderini@fibertel.com.ar) /

[aharagona77@hotmail.com](mailto:aharagona77@hotmail.com)

[alejandro.soderini@vishoo.com.ar](mailto:alejandro.soderini@vishoo.com.ar)

# LESIONES SUBCLINICAS DE MAMA.

Nuestra experiencia. Revisión bibliográfica.

Servicio de Ginecología del Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía  
Buenos Aires

AUTORES: Raya, S. M, Kunzi, G., Bravo C., Lobo Pernigotti M. D. ,Bonafede L. , Holub P.



## OBJETIVO

Evaluar las características clínico-imageneológicas e histopatológicas de las lesiones subclínicas mamarias de nuestra población hospitalaria y realizar una revisión bibliográfica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron 48 biopsias diferidas (radioquirúrgicas + punciones con guía ecográfica) en el periodo comprendido entre enero del 2010 y enero del 2015

El procedimiento de marcación se efectuó utilizando carbón. Según la imagen fuera vista por ecografía o mamografía fue el método que se eligió. El carbón se inyectó adyacente a la lesión sin reguero y se realiza una marca en la piel en la proyección de la marcación. Las piezas quirúrgicas obtenidas previa colocación de reparos fueron evaluadas con placa posterior, para constatar la lesión en la misma.

## RESULTADOS

La mediana de edad fue 56 años (rango: 22 -75 años) Fig 1. De las 48 pacientes: 40 (83,3%) presentaron lesiones benignas, 7 lesiones de riesgo (14,5%) y una lesión maligna (2%). De las lesiones benignas, se halló: hiperplasia ductal simple en 2 casos (4,10%), cicatriz radiada: 1 (2%), adenosis esclerosante: 6 (12,5%), cambios fibroquísticos: 8 (16,6%), papiloma intracanalicular: 3 (6,25%), fibroadenoma: 8 (16,6%), lesiones asociadas: 12 (25%). Y de las lesiones de riesgo los resultados fueron hiperplasia ductal con atipia: 3 (6,25%) carcinoma in situ 4 casos (8,3%) mientras que se halló un solo caso de carcinoma invasor (2%) Fig 2. Las imágenes halladas fueron: nódulo no palpable en 20 pacientes (42%), microcalcificaciones en 16 (33,3%), desestructuración en 5 (10,4%) e imágenes asociadas en 7 (14,5%) Fig 3.

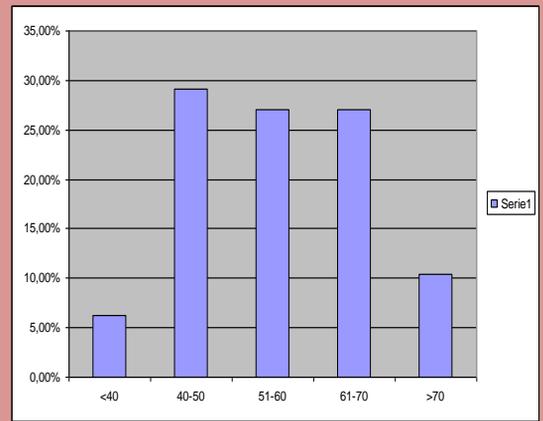


Fig.1

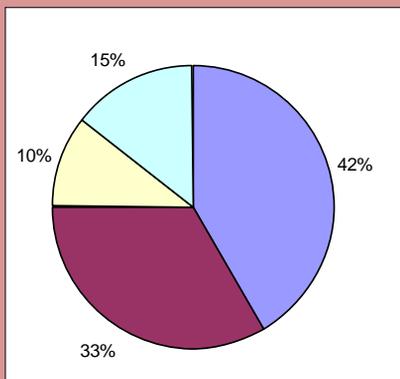


Fig 3.

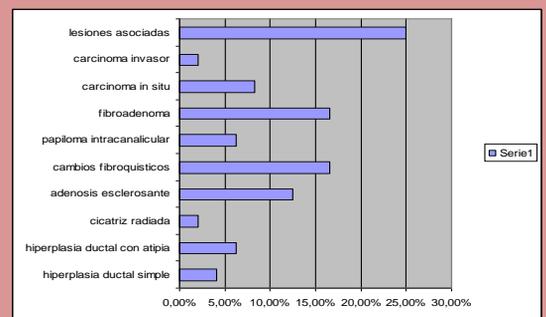
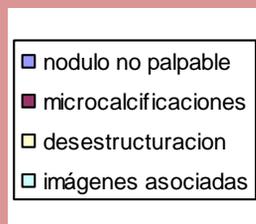


Fig. 2

## CONCLUSIÓN:

La mayoría de las lesiones se presentaron como nódulos no palpables y microcalcificaciones, con una preponderancia de patología benigna. Al igual que la bibliografía consultada, la patología pre maligna estuvo asociada a microcalcificaciones, mientras que el carcinoma invasor se presentó como nódulo no palpable. Aunque los más recientes métodos de biopsia percutánea han revolucionado el manejo de estas lesiones, la biopsia radioquirúrgica sigue teniendo un papel muy importante en nuestro medio.

# CARCINOMAS MIXTOS DE LA MAMA

Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Colatruglio Torres, Marina; Abalsamo, Rosina;  
Ostrowsky, Carlos; Scursioni, Alejandra (1)  
Sección Mastología. Servicios de Ginecología y de Anatomía Patológica (1).  
Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Con excepción de los carcinomas ductolobulillares, se han reportado pocos estudios en relación a los carcinomas mixtos de la mama (CMM). Para que un tumor sea considerado como CMM, debe tener entre el 10 y el 49% de componente invasor no especial (ductal invasor o actualmente denominado NST que significa no special type) y el resto, un patrón de tipo especial. Por ejemplo: 40% de patrón ductal (o NST) más 60% de patrón lobulillar (o special type).

Si un tumor tiene un patrón ductal (o NST) en más del 50% de su masa, este debe ser considerado como carcinoma ductal invasor (NST) y no como un carcinoma mixto de mama.

**OBJETIVO:** Describir las principales características clínicas e histopatológicas de esta rara entidad.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 25 pacientes tratadas por CMM en nuestro hospital entre diciembre del 2000 y diciembre del 2014. Las variables de estudio fueron: 1-Edad promedio de las pacientes, 2-Motivos de consulta, 3-Datos imagenológicos, 4-Otros métodos diagnósticos, 5-Cirugías efectuadas y 6-Principales hallazgos histopatológicos.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue 60 años (r. 40-84 a.). El nódulo palpable de mama constituyó el principal motivo de consulta (23 c.), seguido de la consulta por nódulo bilateral (1 c.) y por el hallazgo de microcalcificaciones agrupadas en mamografía control (1 c.). En la mamografía, la imagen más frecuentemente observada fue la de nódulo de bordes difusos en mama izquierda (MI) (11 c.), seguida de la densificación espiculada en mama derecha (MD) (8 c.). El hallazgo ultrasonográfico más común fue el de imagen hipoecoica irregular (4 c.). En la tabla I se señala la metodología diagnóstica implementada en 10 mujeres, mientras que en la tabla II se describen los diferentes tratamientos quirúrgicos realizados solo en 21 pacientes, dado que 2 pacientes fueron inoperables desde el diagnóstico, y otras 2 no aceptaron el mismo.

**TABLA I: OTROS METODOS DIAGNOSTICO**  
n: 10 casos

PAAF (-)/Bp. Incisional (+)	1 c.
PAAF (+)/Tru Cut (+)	1 c.
Tru Cut (+)	5 c.
Tru Cut (-)/Bp. Incisional (+)	1 c.
Bp. Incisional unilateral (+)	1 c.
Bp. Incisional bilateral (+)	1 c.

La histopatología informó el hallazgo de 13 carcinomas ductolobulillares infiltrantes, 9 carcinomas ductales/mucinosos infiltrantes, 2 carcinomas ductales/papilares infiltrantes y 1 carcinoma ductal/metaplásico infiltrante. El 44% de ellos se asoció a carcinoma intraductal. Los ductolobulillares (los más frecuentes), tuvieron un pT (tamaño tumoral patológico) promedio de 2,8 x 2,1 x 1,8 cm (r: 0,8 x 0,7 x 0,5 – 6 x 4 x 5 cm) y un yP (tamaño tumoral patológico postquimioterapia) promedio de 3,6 x 3 x 1,8 cm (r: 1,5 x 1 x 1 – 6 x 6 x 3,6 cm). En esta estirpe se reseco un promedio de 13 ganglios axilares (r: 4-22 GA), hallándose compromiso ganglionar en el 53,8% de los casos.

**TABLA II: CIRUGÍAS EFECTUADAS**  
n: 21 casos

Bp. radioquirúrgica de mama derecha	1 c.
Tumorectomía amplia de mama derecha(MD)	1 c.
Tumorectomía amplia de MD más vaciamiento axilar	2 c.
Tumorectomía amplia de mama izquierda (MI) más vaciamiento axilar (VA)	3 c.
Tumorectomía amplia de MI + GC (+) más VA	1 c.
Cuadrantectomía de MI más GC(-)	1 c.
Cuadrantectomía de MD, más ampliación, más GC(-)	1 c.
Cuadrantectomía de MD más VA	3 c.
Cuadrantectomía bilateral	1 c.
Mastectomía simple de MI + VA 1º nivel postquimioterapia neoadyuvante	1 c.
Madden de MI + VA	2 c.
Madden de MI + VA postquimioterapia neoadyuvante	3 c.
Madden de MD + VA postquimioterapia neoadyuvante	1 c.

## CONCLUSIONES:

La edad promedio de las pacientes con CMM fue 60 años.

El 92% de los casos consultó por nódulo palpable de mama (leve predominio en mama izquierda). La imagen mamográfica más comúnmente observada fue el nódulo de bordes difusos, mientras que por ecografía mamaria, el hallazgo más común correspondió al nódulo hipoecoico irregular. La cirugía conservadora pudo implementarse en el 56% de los casos.

El tipo histológico "carcinoma ductolobulillar" fue el más frecuente (52%). El 48% del total de las pacientes (12 casos) presentó compromiso ganglionar axilar.