

Vol 4. Año 4. N°2 // Agosto 2010

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

Para Vivir sin interrupciones

Darisec
DARIFENACINA 7,5mg 15mg



Restablece el buen funcionamiento
de la vejiga hiperactiva

- Menos efectos adversos
- Mejor tolerancia
- Mayor adherencia al tratamiento
- Mejor calidad de vida



Nuevo Envase
Calidad Elea



PRESENTACIONES:

• Darisec-Darifenacina 7,5 mg
30 Comprimidos de Liberación Prolongada Caja Blanca
30 Comprimidos de Liberación Prolongada Caja Blanca

• Darisec-Darifenacina 15 mg
30 Comprimidos de Liberación Prolongada Caja Blanca
15 Comprimidos de Liberación Prolongada Caja Blanca

Elaborado por: Laboratorios Elea, División México
Tel: 01777-6130 - 0800 735 8185 (1122)
www.laboratorios-elea.com www.elea.com

ELEA
E.L.E.A.

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

vol 4 año 4 n° 2 // Agosto 2010

Comisión Directiva 2009-2011

Presidente

Dr. Alejandro Hakim

Vicepresidente

Dra. Elida Rodríguez

Secretario General

Prof. Dra. Blanca Campostrini

Tesorero

Dra. Claudia Andrea González

Vocales Titulares

Dra. Claudia Rey

Dra. Rita Caro

Dra. Claudia Scalise

Dra. Laura Maffei

Dra. María Clara Gómez Lissarrague

Dr. Miguel Ángel Bigozzi (h)

Dra. María Susana Moggia

Vocales Suplentes

Prof. Dr. Ángel Moggia

Dra. Marcela Triviño

Dra. Paola Mendiola

Dr. Matías Basso

Dr. Martín Rotella

Dr. Ignacio Pérez Tomasone

Dr. Hector Couto

Prof. Lic. Claudia Negri

Comisión Revisora de Cuentas:

Titular: Dr. Daniel Ladillinsky

Suplente: Lic. Luciana Gava

Editora responsable: Dra. Claudia Scalise

Comité Editorial: Dr. Miguel Ángel Bigozzi (h); Dra. Claudia A. González;
Dra. Claudia Rey; Dra. Diana Salmun

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: ahakim@fibertel.com.ar
Web: www.aacog.org.ar

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Personería jurídica: I.G.J. 569 del 30 de Julio de 2007
DIR.: Monroe 2681- Capital Federal (1428) Buenos Aires, Argentina
Te l: 4543-0759

Índice Temático

Prólogo del Presidente de la AACOG: Dr. Alejandro Hakim	Pág. 3
Controversias En El Tratamiento Del Aborto “Raspado Hormonal En Aborto Incompleto” Barone M, Bigozzi MA, Mugnolo D, Castro M, Severo ML, Arellano ML, Maltagliatti D.....	Pág. 4
Gigantomastia Con Hiperplasia Seudoangiomatosa: “Tratamiento Médico Vs Tratamiento Quirúrgico” Rossini Gladys N., Amato A., Bobbio L., y col Maciel A., Cabaleiro C.....	Pág. 10
Programa del 2^{do}. Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología.	Pág 14
Resúmenes De Trabajos Presentados A Posters 2 ^{do} Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología . 4 ^{to} Congreso Argentino de Controversias en Obstetricia y Ginecología.	Pág 21
Calendarios de Congresos Nacionales e Internacionales 2010 - 2011	Pág 30

Editorial



Queridos colegas:

Seguramente estarán recibiendo este 7mo número de nuestra revista, durante el 2do Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología (AACOG).

Este era uno de nuestros grandes objetivos al crear esta sociedad; o sea la continuidad en el tiempo.

Con una tirada de 3500 números distribuida por todo el país a través de los diferentes laboratorios que apoyan nuestro proyecto, con un 4to Congreso Argentino, un 2do Congreso Internacional y muchas Jornadas en el interior; creemos que vamos cumpliendo de a poco nuestros grandes objetivos .

Ya pasamos 14 Jornadas en diferentes ciudades de Argentina y fuimos sociedad invitada en diferentes congresos, todo con muchísimo éxito y una gran repercusión.

Durante el 2009 realizamos las 3eras Jornadas Argentinas de la Asociación Argentina de Controversias en Obstetricia y Ginecología y cumplimos uno de los sueños de nuestra querida Asociación al realizar 1er Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología (AACOG) del 26 al 28 de Agosto del 2009 con casi 2000 concurrentes, 3 invitados extranjeros y excelentes relatores argentinos que se lucieron trayéndonos las últimas novedades científicas.

Nos deleitamos con un show muy emotivo y melancólico de Nito Mestre en la ceremonia inaugural y un brillante acto de cierre a puro tango con la Orquesta de Señoritas.

El 25 de Agosto del 2010 comenzará el 2do

Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología (AACOG) a realizarse en el Salón El Mirador ubicado en el centro geográfico de la ciudad de Buenos Aires (Acoyte 754) hasta el 27 de Agosto. Esperemos que nuevamente sea un éxito junto a excelentes conferencias, debates y mesas redondas y acompañados por un show de bienvenida de César "banana" Pueyrredón y un cierre con una Gala Lírica de las óperas más populares seguimos trabajando y produciendo y tenemos más de 1000 socios.

La Asociación Argentina de Controversias en Obstetricia y Ginecología se estableció en marzo del 2007 y ya produjimos actividades dignas de una asociación con muchos años de vida, todo esto gracias a la excelente comisión directiva que me acompaña trabajando día a día para que progreseemos. Estamos cambiando nuestra página web (www.aacog.org.ar) tratando de que sea uno de nuestros medios de difusión.

Nuestros objetivos son perfectibles y todos los comentarios nos enriquecen.

Invito por este medio a todos los profesionales vinculados con nuestra especialidad a hacerse socios, colaborar y participar; hay mucho por hacer, es el comienzo de la construcción de un gran proyecto, con el mejor de los entusiasmos.

Quiero agradecer especialmente al comité editor de esta revista que tan eficazmente está trabajando.

Les doy la bienvenida a este nuevo espacio que estamos forjando con mucho esfuerzo.

*Dr. Alejandro Hakim - Presidente de AACOG
ahakim@fibertel.com.ar*

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL ABORTO "RASPADO HORMONAL EN ABORTO INCOMPLETO"

Barone M, Bigozzi MA, Mugnolo D, Castro M, Severo ML, Arellano ML, Maltagliatti D.
Servicio de Obstetricia y Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la Policlínica Bancaria "9 de Julio"
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Email: miguel.bigozzi@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La incidencia de embarazos que culminan en aborto clínicamente evidente, ronda entre 15-19 %, incrementándose notoriamente al 40 % si se toman en cuenta los abortos químicos que suelen pasar inadvertidos o en su defecto presentarse como alteraciones del ciclo sexual, tales como, atraso menstrual, hipermenorrea, y otras (1).

Tradicionalmente el tratamiento del aborto incompleto ha sido y sigue siendo en la mayoría de los centros, la dilatación del cérvix y posterior raspado uterino. Este procedimiento no está exento de complicaciones en el propio acto quirúrgico como secuelas a largo plazo que pueden comprometer la fertilidad posterior.

Los abortos pueden clasificarse desde el punto de vista pronóstico en aborto precoz, antes de la 12^a. semana de edad gestacional (E.G) y aborto tardío luego de dicha edad gestacional. Desde el punto de vista clínico, podemos clasificarlo en aborto en curso, aborto incompleto, aborto completo y aborto diferido (2-3-4).

Conociendo la historia natural de las detenciones precoces del embarazo y la alta frecuencia de resolución espontánea del aborto, existe una tendencia actual diferente del tratamiento quirúrgico convencional, basada en el manejo expectante o la utilización de análogos de las prostaglandinas (5).

Nuestro trabajo intenta brindar una alternativa médica para el tratamiento del aborto incompleto, con diagnóstico ecográfico, basado en la utilización de una terapia hormonal con Acetato de Norestisterona y Etinilestradiol.

Los principales interrogantes que impulsaron el desarrollo del trabajo se basaron en la evolución natural del aborto.

Entendiendo entonces que, el aborto incompleto forma parte del aborto en curso, y

culmina con el aborto completo en la mayoría de los casos ; nos preguntamos acerca de la necesidad imperiosa de tratarlo. En caso de ser así, ¿es necesario realizar una intervención quirúrgica con anestesia general o puede realizarse un tratamiento hormonal que asegure la privación?

Los objetivos planteados son:

- Proponer un tratamiento hormonal como alternativa terapéutica del aborto incompleto.
- Disminuir el número de intervenciones quirúrgicas.
- Reducir los riesgos asociados.
- Reducir los costos en Salud.
- Descentralizar el tratamiento del aborto incompleto, pudiéndose tratar en Centros de Salud Periféricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente protocolo de estudio prospectivo, intervencional, se está llevando a cabo en el Departamento Materno Infantil y Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la Policlínica Bancaria 9 de Julio, desde mayo 2008. Se presentan los hallazgos revelados por los resultados hasta la fecha obtenidos.

El criterio de inclusión abarcó las pacientes con diagnóstico ecográfico de aborto incompleto. Si bien sabemos que el diagnóstico de aborto incompleto es clínico, nosotros proponemos un diagnóstico ecográfico, que se encuentre ajeno a subjetividades.

La definición de aborto incompleto sonográfico ofrece algunas dificultades relacionadas con la falta de un criterio único y universal para su diagnóstico.

Este concepto se reafirma en la recolección de trabajos relacionados al tema (6-7-8-9-10). De allí, que pretendamos instalar un novedoso sistema objetivo de puntuación basado en las características ultrasonográficas de la cavidad endometrial.

Así, la utilización del diámetro antero-posterior y la ecogenicidad endometriales nos permiten definir el aborto incompleto ecográfico. Siendo éste cuando, el primero sea mayor o igual a 8 mm y el endometrio heterogéneo, según se detalla en la Tabla 1.

Tabla 1 Diagnóstico ecográfico de aborto incompleto. Sistema de puntuación.

Diámetro Antero-Posterior endometrial (mm)	< 8	8-15	>15
	0	1	2

Ecogenicidad	Homogéneo.	Heterogéneo, con áreas líquidas	Heterogéneo, con áreas sólidas.
	0	1	2

- Aborto completo: < 2.
- Aborto incompleto: > o = 2.

La experiencia ecográfica indica que es exigua la posibilidad de hallar endometrios de más de 15 mm homogéneos o endometrios heterogéneos con áreas sólidas con un diámetro antero-posterior menor de 8 mm. El protocolo incluyó la derivación al Comité de Bioética, su aprobación, el ofrecimiento a la paciente del tratamiento alternativo y su consentimiento escrito.

Criterios de inclusión y exclusión

Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
> a 21 años.	Paciente subfebril ó febril (>37,5-38°C)
Aceptabilidad al tratamiento.	Ginecorragia incohercible.
Diagnóstico de Aborto incompleto precoz.	Anemia severa (Hb.< o = 8).
Subunidad β HCG en descenso	Leucocitosis > 10.000.
	Subunidad β en ascenso.
	Contraindicaciones absolutas o relativas al tratamiento.(*)
	Aborto inducido.

(*) Las contraindicaciones absolutas de fármaco utilizado son:

- Embarazo
- Hipersensibilidad a los componentes

Las contraindicaciones relativas:

- Trastornos severos de la función hepática
- Ictericia o prurito persistente durante algún embarazo
- Procesos tromboembólicos
- Diabetes severa con alteración vascular
- Anemia de células falciformes.(11)

A todas las pacientes se les realizó: una primera ecografía transvaginal con ecógrafo H.D.I 1500, dos dosajes de subunidad β HCG por radioinmunoanálisis (cada 48hs), examen clínico ginecológico, determinaciones hematimétricas y evaluación del sistema de coagulación. Todas las ecografías fueron realizadas únicamente por dos operadores para disminuir el sesgo interobservador.

En la ecografía inicial se diagnosticó el aborto incompleto incluyéndose a la paciente en el protocolo de investigación.

Tratamiento de los pacientes con Acetato de Noretisterona 6mg y Etinilestradiol 0.03 mg/día vía oral, durante 10 días.

Según la acción esperada la deprivación ocurre dentro de las primeras 72 horas de suspendido el fármaco y una nueva ecografía transvaginal entre el cuarto y el séptimo día post-deprivación confirmará la expulsión completa de los restos ovulares. En caso de ausencia de deprivación o de presencia de restos se procederá al tratamiento quirúrgico (raspado evacuador y biópsico bajo anestesia general), Gráfico 1 y 2.

El seguimiento de las pacientes con expulsión completa fue realizado en consultorios externos de Obstetricia a la semana y al mes del tratamiento para evaluar eventuales complicaciones y otorgar el alta definitiva.

Gráfico 1 Algoritmo del tratamiento propuesto.

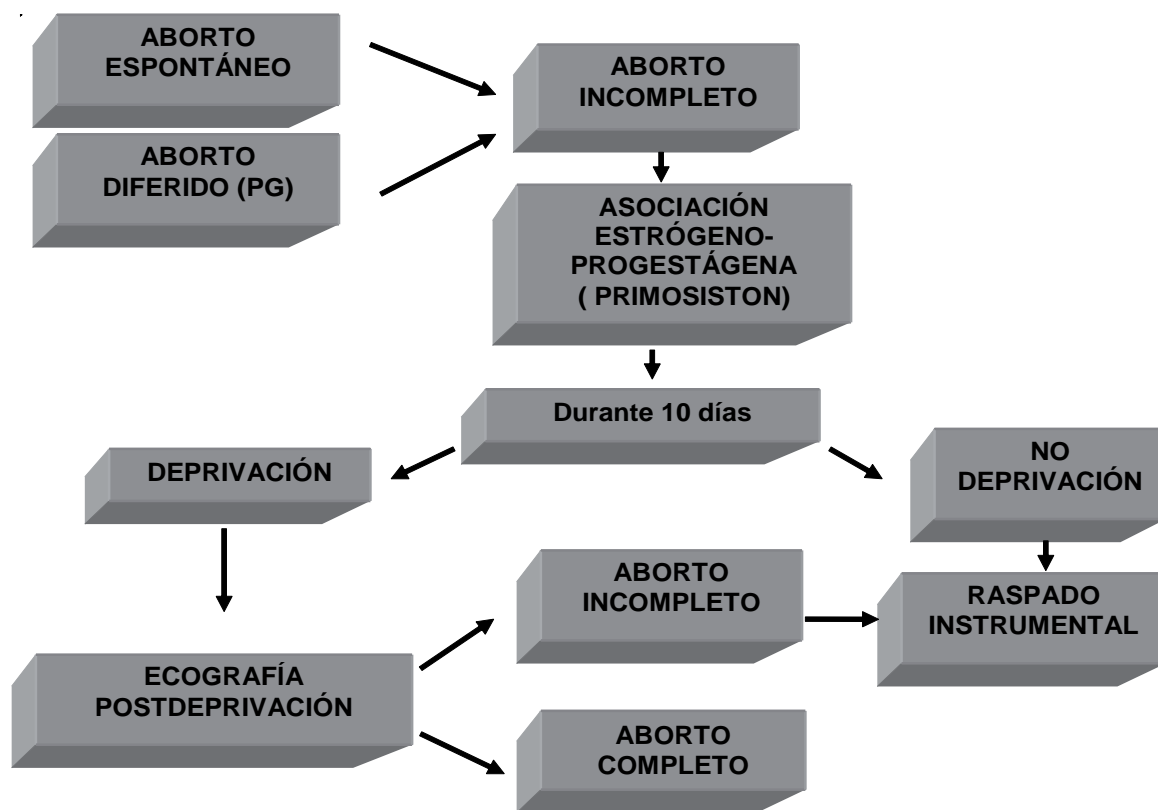
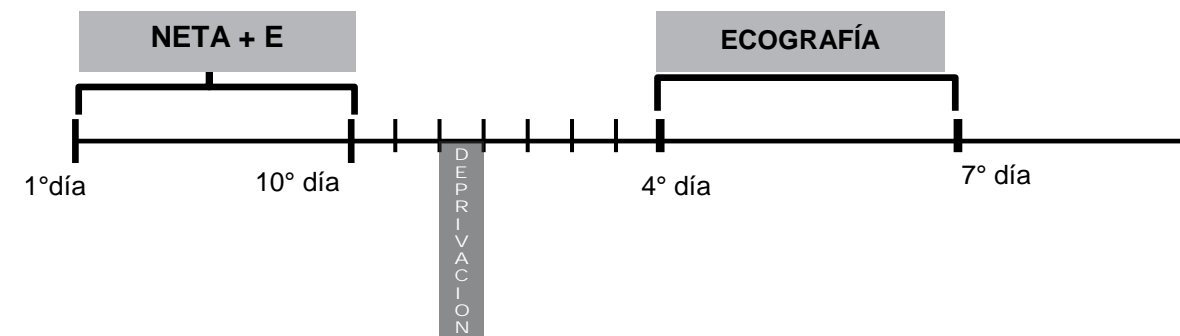


Gráfico 2 Algoritmo de seguimiento.



Observaciones:

- NETA: Acetato de Noretisterona.
- E: Etinilestradiol.

Gráfico 3 Planilla de recolección de los datos. Muestreo

PROCEDENCIA	EDAD	E.G	MM	ECOGENICIDAD	DEPRI VA CION	MM	ECOGENICIDAD	COMPLICACIONES
1	27	9	12	B1	24 hs.	7,7	B1	-
1	24	12	17,1	B1	48 hs.	5,5	B1	-
1	33	10	20	B1	48 hs.	14,6	B2	RASPADO
1	38	8	13	B1	48 hs.	3	A	-
2	33	6,5	14,2	B2	48 hs.	5,6	B1	-
1	28	5,1	8,4	B1	48 hs.	2,6	B1	-
2	32	11,3	13,5	B1	48 hs.	2	A	-
2	25	11,5	15	B1	24 hs.	6	A	-
2	35	10	8,5	B1	48 hs.	5	B1	-
2	38	9,5	12	B1	24 hs.	7	A	-
1	32	7,6	10,6	B1	24 hs.	9	A	-
1	24	8	13,2	B1	72 hs.	6	B1	-
1	29	11,3	11	B1	72 hs.	6	A	-
2	37	10	10,4	B2	24 hs.	9	A	-
1	42	8,3	14	B1	48 hs.	7	B1	-
1	39	11	8	B1	24 hs.	7	A	-
2	31	9,1	12	B1	24 hs.	9,6	A	-

Procedencia:

- 1- Aborto espontáneo
- 2- Aborto diferido

Procedencia:

Ecogenidad:

A-Homogéneo.

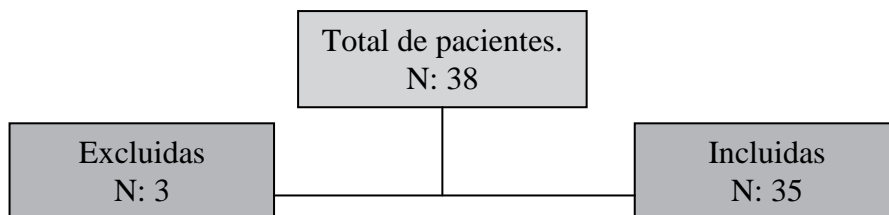
B1-Heterogéneo con áreas líquidas.

B2-Heterogéneo con áreas sólidas.

RESULTADOS

De un total de 38 pacientes, 35 pacientes cumplieron los requisitos de inclusión en el protocolo, una paciente no aceptó el tratamiento propuesto y en dos hubo sospecha de aborto inducido.

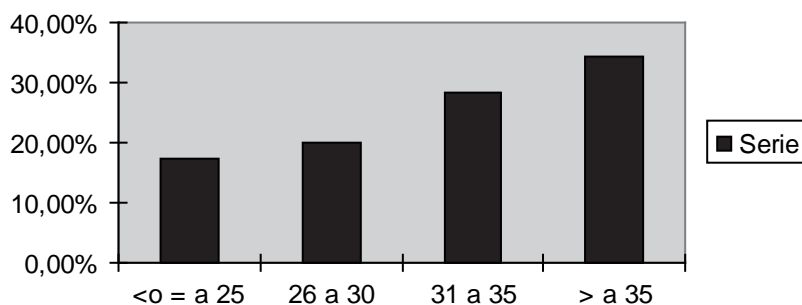
Gráfico 4 Pacientes incluidas en el protocolo.



Características de la población analizada

Con respecto a la edad de la población estudiada, el promedio fue de 32 años, entre 21 y 43 años.

Gráfico 4 Pacientes incluidas en el protocolo.



1) Análisis de las características ultrasonográficas previas y posteriores al tratamiento.

Dentro del análisis del parámetro ecográfico del diámetro antero-posterior luego de la aplicación del tratamiento encontramos 74.2% de las pacientes con endometrio menor a 8 mm.

La diferencia media observada entre las mediciones previas y posteriores a la intervención mostró una separación entre los grupos de muy alta significación estadística ($t = 2,027$ para 34 grados de libertad $p < 0,05$). Tabla 4.

Tabla 4. Cálculo para la valoración del diámetro antero-posterior (D.A-P) Distribución t Student para muestras apareadas.

	Diam A-P Previo	Diam A-P Posterior
Promedio	13.4 mm	6.3 mm

$t = 2,027$ con 34 grados de libertad. ($n-1$) $p < 0,05$.

2- Análisis de la variable ecogenicidad

Dentro del análisis del parámetro ecográfico heterogenicidad luego de la aplicación del tratamiento encontramos 57.14% de las pacientes con endometrio homogéneo.

La diferencia media observada entre las mediciones previas y posteriores a la intervención mostró una separación entre los grupos que no refleja significación estadística, (χ^2 corrección yates = 0,7148) Tabla 5.

Tabla 5. Cálculo para la valoración de la ecogenicidad.

Endometrio heterogéneo	Endometrio homogéneo
42.86%	57.14%

$\chi^2 : 0.7148$ (sin significancia estadística)

COMPLICACIONES

No hemos encontrado complicaciones de tipo infecciosas, ni hemorrágicas en las pacientes tratadas. En cuatro pacientes no fue efectiva la terapéutica propuesta, por presentar metrorragia durante el tratamiento. Estas debieron ser sometidas a tratamiento quirúrgico convencional. En todas ellas se constató un endometrio mayor a 25 mm y llamativamente fueron las únicas

pacientes que presentaron ese grosor endometrial. La anatomía patológica del material analizado informó epitelio proliferativo, sin restos ovulares, en todos los casos.

Algunas pacientes manifestaron ansiedad por la resolución del problema, como única manifestación de disconformidad al proponer el tratamiento.

CONCLUSIONES

Es importante dejar en claro que el número de pacientes analizadas hasta la fecha, sólo nos permite arribar a resultados iniciales, pudiendo éstos diferir de los datos definitivos en la fecha pautada para la terminación del protocolo (n: 81).

Con la implementación de esta terapéutica hemos logrado disminuir el número de intervenciones quirúrgicas y todo lo que éste hecho implica, como la disminución de los costos en salud, el número de complicaciones anestésicas, el impacto psicológico de una intervención quirúrgica y los riesgos de fertilidad posterior.

El tratamiento hormonal propuesto no se asoció a complicaciones, ni evidenciamos efectos adversos del fármaco utilizado en ninguna de las pacientes incluidas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995; 345: 84-86.
- 2) Creinin MD, Schwartz JL, Guido RS, Pymar HC. Early pregnancy failure: current management concepts. *Obstet Gynecol Surv* 2001; 56:105-13.
- 3) De la Fuente P. Aborto espontáneo. En: Fabre E, editor. *Manual de asistencia a la Patología Obstétrica*. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Sección de medicina Perinatal. Zaragoza; 1997. P.71-87.
- 4) Chipchase J. James D. Randomised trial of expectant versus surgical management of spontaneous miscarriage. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:840-1.
- 5) D. Mugnolo; E. Coccio; L. Suarez; M. Iallorezi; P.Ghisoni; L. Alvarez; A. Otero; M. Castro. Nuevas alternativas en el tratamiento médico de la detención precoz del embarazo. *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*. Vol 78. Noviembre 1999.
- 6) Sadan O; Golan A; Girtler O, Lurie S, Debby A, Sagiv R, Evron S, Glezerman M. Role of the sonography in the diagnosis of retained products of conception. *J Ultrasound Med*. 2004 Mar;23(3):371-4.
- 7) S.W. Leung, M.W. Pang, T. K. H. Chung, MD. Retained products of gestation in miscarriage: An evaluation of transvaginal ultrasound criteria for diagnosing an "empty uterus". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2004 191, 1133-7.
- 8) Ali Cetin and Meral Cetint. *Diagnostic and Therapeutic Decision Making with Transvaginal sonography for First Trimester spontaneous Abortion, clinically Thought to be Incomplete or complete*. Elsevier Science Inc. April 17, 1998.
- 9) Allison A; Cowett MD; Leeber S, Cohen, MD, E. Steve Lichtenberg , MD; MPH and Catherine S; Stika, MD. Ultrasound evaluation of the Endometrium After medical Termination of Pregnancy. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol.103, N°5, Part 1, May 2004.
- 10) Primosiston Laboratorio: Schering. 08/04/2005.

GIGANTOMASTIA CON HIPERPLASIA SEUDOANGIOMATOSA: “TRATAMIENTO MÉDICO VS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO”

Rossini Gladys N.¹, Amato A.², Bobbio L.³, y col Maciel A.⁴, Cabaleiro C.⁵

1) Médica Ginecóloga Esp. Endocrinología Ginecológica Hospital Militar Central Argentina

2) Jefe de Servicio Ginecología Hospital Militar Central Argentina

3) Jefe de Servicio Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Militar Central Argentina

4) Médica Anátomo-Patóloga Laboratorio Privado de Citología y Patología BsAs Argentina

5) Médica Ginecóloga Esp. Endocrinología Ginecológica Hospital Cosme Argerich Argentina

OBJETIVO

El objetivo del siguiente trabajo fue bloquear el crecimiento de la hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario asociada a una gigantomastia juvenil en una paciente púber.

INTRODUCCIÓN

Desde la década 1980-89, se comienza a utilizar el Tamoxifeno(1-2), en patología mamaria maligna por su acción antiestrógenica, y la disminución de los factores de crecimiento Transforming Growth Factor alfa (TGF α) y el Insulin Growth Factor 1 (IGF-1) implicados en la proliferación del tejido mamario(3). El estrógeno favorece el crecimiento mamario, su acción se inicia uniéndose a su receptor celular. El complejo estrógeno-receptor (E-R) actúa a nivel nuclear, desencadenando el proceso de proliferación celular(3). El antiestrógeno se liga al E-R impidiendo su acción proliferativa mamaria; es por este mecanismo que se fundamenta su utilidad terapéutica en cáncer de mama(4). El tamoxifeno fue eficaz en la desaparición rápida del dolor, resultado concordante con la literatura(1-5-6-7). Y ofrece la ventaja de que puede detener y revertir el crecimiento mamario.(8)

La gigantomastia juvenil es una patología benigna en la que una o las dos mamas experimentan un crecimiento masivo en cualquier momento de la periadolescencia, o incluso en forma concomitante con la telarca,(9) caracterizada histológicamente por diferentes grados de hiperplasia ductal y estroma, a menudo con dilatación de los conductos, los cambios estromales incluyen fibrosis, colagenización y degeneración mixoide(10) edema intersticial y periductal acompañados algunas veces de degeneración quística y dilatación linfática (11).

La hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario es una lesión proliferativa, que tiene focos microscópicos ocasionales con estroma colagenizado con espacios pseudoglandulares (10-12-13) hasta tumores delimitados de superficie externa lisa y quistes uniloculares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incorporó una paciente con diagnóstico de gigantomastia con hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma, derivada del servicio de cirugía plástica y reparadora ante la falta de respuesta a la cirugía.

Se plantea en nuestro servicio comenzar el tratamiento con Tamoxifeno, debido a resultados obtenidos en casos similares.

Se realizó en el período comprendido desde septiembre de 2003 hasta febrero del 2009. En el Servicio de Ginecología del Hospital Militar Central, sector de Ginecología Infante Juvenil. Se realizó el tratamiento con tamoxifeno 20mg día por 5 años, donde se comenzó a disminuir la dosis hasta suspenderla en febrero de 2009 al no tener ya más crecimiento de sus mamas. Sin efectos adversos.

La edad promedio de comienzo fue de 12 años.

Presentación del caso:

Paciente femenina de 12 años de edad, originaria y residente de Buenos Aires, Argentina, estudiante de nivel primaria, con antecedente de estimulación hormonal preconcepcional materno.

Antecedente ginecológicos:

Menarca: No. Pubarca: estadio IV de Turner. Su trastorno lo inició dos meses antes de concurrir al Servicio de Cirugía Plástica de nuestro hospital, donde le realizaron el día 16/09/03 múltiples nodulectomías.

Laboratorio hormonal:

Estradiol: 25pg/ml, Ca 15.3: 7.0 U/ml, FSH: 6,3 mIU/ml LH: 4.47mIU/ml, Prolactina: 7,13 ng/ml.

Ecografía mamaria bilateral:

21/7/03 Ambas glándulas marcadamente aumentadas de tamaño. Con disposición nodular del parénquima sin transformación adiposa en MD hora 5 se observa múltiples lesiones sólidas de 47x40mm, otra de 34x37mm y 34x6x36mm MI hora 11 27x11x31mm hora 12 36x13x38mm otra hora 3 de 45x20x42mm.

RMN:

1/8/03 Agrandamiento bilateral mamario, asimétrico, con mayor volumen del lado derecho; constituido por tejido multinodular confluyente, de composición sólida. No se logra identificar parénquima glandular con características normales en ambas mamas. Aisladas estructuras ganglionares bilaterales y simétricas en rango no adenomegálico. Pared anterior de tórax, músculos, costillas y esternón de aspecto normal. Diagnóstico: Gigantomastia bilateral asimétrica, multinodular, probablemente con proliferación mesenquimáticas y fibrocolágenas.

Mamografía bilateral: Mamografía bilateral 3/9/3 informó: mamas voluminosas con parénquima glandular muy denso de difícil evaluación por este método Impresiona parénquima fibronodular, no pueden determinarse lesiones dominantes.

Foto N° 1: Estado de las mamas en la niña año 2003



EXAMEN FÍSICO

- I. *Gigantomastia Bilateral.*
- II. *Asimetría predominio lado derecho*
- III. *Piel delgada y traslúcida, sufrimiento vascular y alteraciones tróficas.*
- IV. *Micosis a nivel del surco submamario.*
- V. *Múltiples “tumorações nodulares”, visible, palpables, dolorosas.*
- VI. *Dolor dorso-lumbar*

En ateneo multidisciplinario se decide comenzar tratamiento médico con tamoxifeno a dosis 20mgrs/d durante seis meses, a los fines de disminuir el tamaño de las mamas.

Al sexto mes del tratamiento se reevalúa a la niña notando una disminución importante en el tamaño de sus senos (70%), concomitantemente se evidencia funcionamiento del eje hormonal con presencia de menarca.

Se suprime la medicación, observándose en el termino de 48 horas nuevamente un rápido crecimiento, obligándonos a continuar con la misma. El seguimiento fue con controles semestrales (ecografía y rutina de laboratorio) A los 5 años de tratamiento debido a su buena evolución se disminuye a 10 mg/d gradualmente , sin evidencia de crecimiento de las mamas, hasta suspender totalmente en febrero del año 2009.

Foto N° 2: Post-tratamiento con Tamoxifeno año 2009



El control ecográfico a dos meses post-tratamiento : 14/4/09 Tejido displásico Nódulos en CSE MD 40x11mm y 43x7mm MI 42x12mm y 53x13mm

En un nuevo ateneo y dada la buena evolución clínica por razones estéticas y psicológicas de la adolescente de 18 años, luego de 11 meses sin medicación y sin cambios en el tamaño mamario, se decide realizar cirugía correctora de pexia mamaria bilateral y biopsia de tejido, con excelente resultado.

Foto N° 3: Post-cirugía pexia mamaria año 2009

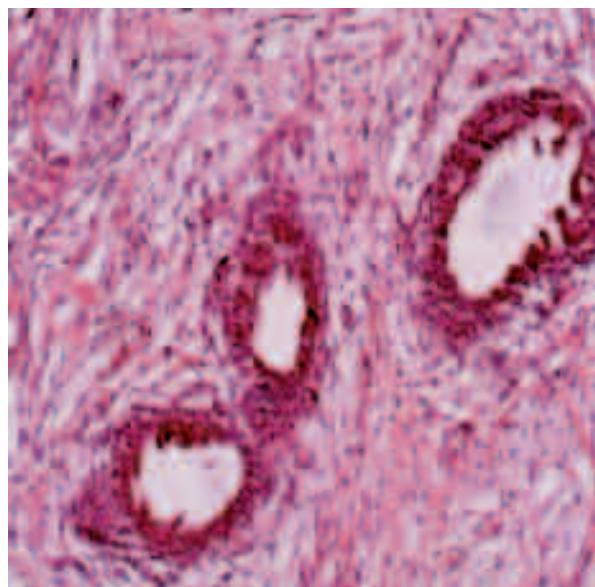


ANATOMÍA PATOLÓGICA CAMBIOS EVOLUTIVOS ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

La anatomía patológica de inicio año 2003 diagnosticó Mastopatía fibrosa con hiperplasia pseudoangiomatosa a nivel del estroma y discreta hiperplasia ductal típica (Hematoxilina-Eosina) con Receptores a E y P positivos.

Mientras que la anatomía patológica de la biopsia post –tratamiento con tamoxifeno a los 5 años fue: Esclerohialinosis con atrofia lobulillar mastopatía fibrosa con pequeños conductos. Receptores a E y P positivos.

Foto N° 4: Anatomía patológica año 2003



CONCLUSIÓN

El resultado obtenido con el tratamiento con Tamoxifeno demostró ser el adecuado en este caso.

Se evitaron reiterar cirugías innecesarias a pesar de lo impresionante del cuadro, sin alterar el desarrollo del eje hormonal, logrando a los 18 años poder terminar con sus mamas intactas.

En la bibliografía consultada se encontró 1 solo caso con la asociación de las dos patologías(14), pero ninguno con tratamiento médico de Tamoxifeno indicado más de 6 meses, en el mismo fue de 5 años.

Como en este caso el seguimiento a un año de haber finalizado el tratamiento con Tamoxifeno según controles y anatomía patológica evidenció ser el tratamiento correcto, motivo del presente informe.

Palabra clave: Gigantomastia juvenil, hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma, glándula mamaria. Tratamiento con Tamoxifeno.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Jefferys DB. Painful Gynaecomastia treated with Tamoxifen. *Br Med J* 1979; 1: 1119-20.
- 2) McDermott MT, Hofeldt FD, Kidd GS. Tamoxifen therapy for painful idiopathic Gynaecomastia. *South Med J* 1990; 83: 1283-5.
- 3) Macgregor J, Jordan C. Basic guide to the mechanisms of Antiestrogen action. *Pharmacological Reviews* 1998; 50: 151-96.
- 4) Davies C, Arriagada R, Ziegler A, Peralta O. Duración del tratamiento adyuvante con Tamoxifeno en el cáncer de mama operable. *Rev Méd Chile* 1998; 126: 210-7.
- 5) Colombo-Benkman M, Buse B, Stern J, Herfarth C. Indications for and results of surgical therapy for male Gynecomastia. *Am J Surg* 1999; 178: 60-3.
- 6) Ting A, Chow L, Leung Y. Comparison of Tamoxifen with Danazol in the management of idiopathic Gynaecomastia. *Am Surg* 2000; 66: 38-40.
- 7) Khan HN, Rampaul R, Blamey RW. Management of physiological gynaecomastia with tamoxifen. *The Breast* 2004; 13: 61-5.
- 8) Badve S, Sloane JP. Pseudoangiomatous hyperplasia of male breast. *Histopathology*. 1995;26:463-6.
- 9) Anderson C, Ricci A Jr, Pedersen CA, et al. Immunocytochemical análisis of estrogen and progesterona receptors in benign stromal lesions of the breast. Evidence for hormonal etiology in pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Am J Surg Pathol*. 1991;15:145-9
- 10) Cohen MA, Morris EA, Rosen PP, et al. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mamographic, sonographic, and clinical patterns. *Radiology*. 1996;198:117-20.
- 11) De Saint Aubain, Somerhausen N, Larsimont D, et al. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma in a HIV patient. *Gen Diagn Pathol*. 1997 ;143 :351-4.
- 12) Jabs AD et al. Mammary hypertrophy is not associated with increased estrogen receptors. *Plast Reconstr Surg*. 1990;86:64-66.
- 13) Milanezi MF, Saggiaro FP, Zanati SG, et al. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma associated with gynaecomastia. *J Clin Pathol*. 1998;51:204-6.
- 14) Escalante S, Hernández González M, Lara Gutierrez C, Torres Lobatón A, Sandoval Guerrero F et al. Gigantomastia juvenil más hiperplasia pseudoangiomatosa del estroma mamario. Presentación de un caso. *Gamo* 2007;6(2): 47-51.

2do. Congreso Internacional de Controversias en



A.A.C.O.G

Asociación Argentina
de Controversias en
Obstetricia y Ginecología (A.A.C.O.G)

(A.A.C.O.G) - Asociación Civil

Obstetricia y Ginecología

4to Congreso Argentino de Controversias en Obstetricia y Ginecología
25 al 27 de Agosto, 2010.

Salón "El Mirador" - Acoyte 754 - (Parque Centenario)
Buenos Aires, Argentina.

.....

Comisión Directiva Congreso Internacional 2010

Presidente: Dr. Hakim, Alejandro

Directora Científica: Prof. Dra. Campostrini, Blanca

Directora Ejecutiva: Dra. Rodríguez, Elida

Coordinadora General: Dra Scalise Claudia

Secretarios:

Dra. Rey Claudia

Dra. González, Claudia

Dr. Bigozzi, Miguel Ángel

Comité Ejecutivo:

Dra. Rodríguez, Elida

Dra. Caro, Rita

Dra. Triviño, Marcela

Dr. Pérez Tomassone Ignacio

Comité Científico:

Prof. Dra. Campostrini, Blanca

Prof. Dr. Moggia, Ángel

Dra. Maffei, Laura

Dra. Moggia, María Susana

Dra. Gómez Lisarrague, María Clara

Invitados Extranjeros:

Prof. Dr. Carani, Cesare (Italia): Endocrinología. Nuovo Ospedale Sant'Agostino-Estense Baggiovara. Universidad de Modena.

Dr. Malfatto, Gustavo (Uruguay): Director de la Oficina de Uro - Ginecología de la Confederación Americana de Urología (CAU). Jefe del Dpto. de Urología del Hospital Británico de Montevideo.

Dr. Rochira, Vincenzo (Italia): Endocrinología. Nuovo Ospedale Sant'Agostino-Estense Baggiovara. Universidad de Modena.

Programa

Miércoles 25 Agosto

16.00 a 20.00 HS: ACREDITACIÓN.

18.00 HS: INAUGURACIÓN: Dr. Hakim, Alejandro.

18.30 HS: "MÁS ALLA DE LA ANTICONCEPCIÓN, ENDOCEPTIVOS LAS DOS CARAS".
Dr. Fusaro, David.

Coordinador: Dra. Rodríguez, Elida.

Secretario: Dra. Sternberg, Karina.

Panelistas: Dr. Esquivel Molla Enrique; Dr. Botta Carlos; Dr. Guiland Alberto.

19.30 HS: "ACTO DE APERTURA".

- COCKTAIL DE BIENVENIDA.

- RECITAL "BALADAS ARGENTINAS DE TODOS LOS TIEMPOS".

- CÉSAR "BANANA" PUEYRREDÓN.

Salón EL MIRADOR, Acoyte 754.

Jueves 26 Agosto

08.30 a 09.30 HS: "DIÁLOGOS CON EXPERTOS".

DIÁLOGO 1: "INVESTIGACIÓN CLÍNICA: CIENCIA Y ÉTICA".

Coordinador: Dra. Salmún, Diana.

Secretario: Lic. Pérez Sanz Marta.

Panelistas: Dres: Prof. Croce María Virginia; Klimovsky Silvio; Nesis Patricio; Roldán Emilio; Felice Rosana; Vázquez Daniel; Zieher Silvia; Iannantuono Rubén; Cantafio Fabio; Caruso Norberto.

DIÁLOGO 2: "ROL DE LA OBSTÉTRICA EN LAS GUARDIAS DE TOCO – GINECOLOGÍA:

Coordinador: Prof. Lic. Negri, Claudia / Prof. Lic Rodriguez Mirtha.

Secretario: Lic. Gava, Luciana.

Panelistas: Lic.. Fain Lidia; Fava Silvana; Beguiristaín Viviana; Trentini Gabriela; Sacomano Ana María; Almeida Silvinna; Cimadora Analía; Spasaro Estela; Romero Ana María; Cajiao Marisa; Perezik Liliana; Benavídez Cecilia.

DIÁLOGO 3: "VACUNA HPV, CONTROVERSIAS EN SUS INDICACIONES".

Coordinador: Dra. Fleider, Laura.

Secretario: Dra. Grassi Pilar

Panelistas: Dres. Miranda Sandra; Caruso Ricardo; Sancineto Patricia; Barrios Carmen; Arena Silvana; Guiland Alberto; Vázquez María Eugenia; Prof. Esposto Amadeo; Prof. Marini María Alicia.

DIÁLOGO 4: "OSTEOPOROSIS, CONTROVERSIAS EN LOS TRATAMIENTOS".

Coordinador: Dra. Moggia, María Susana.

Secretario: Dra. Abrile, Julieta.

Panelistas: Dres: Simonet Carolina; Franchina María; Schulrman Alicia; Rey Paula; Pappi Ardemia; Larroude María Silvia; Castro Victor; Dick Naya Patricia; Schonfeld Mariela.

DIÁLOGO 5:“ABORTADORA RECURRENTE “

Coordinador: Dr. Leguizamón, Gustavo.

Secretario: Dr. Rotella, Martín.

Panelistas: Dres. Gresta Carlos; Acevedo María Eugenia; Martínez Corti Fernando; Del Bono Adriano; Adamo Daniel; Ciocale Silvina; Pundyk Gabriela; Lavergata Laura; Benvenuto Silvia, Serrano Damian; Falco Alejandro.

09. 30 a 10. 00 HS: BREAK.

10. 00 a 11. 00 HS: “SOFOCOS, TRATAMIENTO HORMONAL vs ALTERNATIVOS”.

Prof. Dra. Campostrini Blanca / Dra. Franchina María

Coordinador: Prof. Dr. Quiroga Enrique.

Secretario: Dra. Simonet Carolina.

Panelistas: Dra. Royer Monique; Dra. Shayo Sandra; Dra. Rey Claudia.

11.00 a 11.30 HS: BREAK.

11.30 a 12.30 HS:“INFECCIONES EN EL EMBARAZO, VISIÓN DEL INFECTÓLOGO Y DEL TOCOGINECÓLOGO”. Dra. Vázquez Liliana/ Dr. Daich Edgardo.

Coordinador: Dr. Pérez Tomasone Ignacio.

Secretario: Dra. Conchell Stella Maris.

Panelistas: Dra Pérez Macri Silvia; Dr. Orsini Adrián; Dr. Freilij Héctor.

12.30 a 13.15 HS: “UN NUEVO ENFOQUE EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS”.

Dra. Rodríguez, Elida.

Coordinador: Dr. Sobral Fabio.

Secretario: Dra. Galarraga Gabriela.

Panelistas: Dra. Caro Rita; Dr. Carpintero Pablo; González Claudia.

13.15 a 14.00 HS: LUNCH.

14.00 a 15.00 HS: “FERTILIDAD DESPUÉS DE LOS 35 AÑOS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO”.

Dr. Papier, Sergio/ Dr. Carrere, Carlos

Coordinador: Dra. Marazzi Andrea

Secretario: Dra. Ferle Luciana.

Panelistas: Dra. Mitelberg Laura; Dr. Sojo Emilio; Dr. Rodari Claudia.

15.00 a 15.30 HS: BREAK.

15.30 a 16.30 HS: “RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, CLÍNICA vs ECOGRAFÍA.”

Dr. Firpo Jorge / Dr. Hamer, Jorge.

Coordinador: Dr. Huespe Miguel.

Secretario: Dra. Aguirre Young María Beatriz.

Panelistas: Dra. Gómez Nora; Dr. Lozada Leonardo; Dr. Langer Arlette; Dra. Scagliotti Graciela.

16.30 a 17 30 HS: “MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN PATOLOGÍA MAMARIA, ENFOQUE DEL MASTÓLOGO Y DEL IMAGENÓLOGO”.

Dr. Cassab, Luciano / Dr. Lehrer, Daniel.

Coordinador: Prof. Dr. Lorusso Antonio.

Secretario: Dr. Vega Martín.

Panelistas: Dr. Prof. Iñigo Rafael (h); Dra. Di Mónica Marta;

Dr. Schiavi Claudio; Dr. Cortese Gustavo.

17. 30 a 18. 30 HS: “PRESENTACIÓN DE POSTERS”.

Discutidores y Jurado:

Ginecología: Prof. Dr. Lorusso Antonio

Dra. Franchina María

Prof. Dr. Provenzano Sergio

Obstetricia: Prof. Dr. Yoma Osvaldo

Prof. Dr. Ortega Soler Carlos

Prof. Dr. Moggia Ángel

Secretario: Rotella Martín.

Viernes 27 de Agosto

8.30 a 9.30 HS: “DIÁLOGOS CON EXPERTOS”.

DIÁLOGO 6: “CÉLULAS MADRE, CONTROVERSIAS EN SUS APLICACIONES”.

Coordinador: Dr. Chillik, Claudio.

Secretario: Dra. Iglecia Daniela.

Panelistas: Dres. Triviño Marcela; Lorden Alejandra, Dotto Jorge (h), Peccini Silvia;

Luca Rubén; Curto José Luis; Fernández Sasso Diego; Etchegoyen Orlando.

DIÁLOGO 7: “INCONTINENCIA URINARIA”.

Coordinador: Dra. Scalise Claudia

Secretario: Dra. Donzelli Ximena

Panelistas: Dres. Malfato Gustavo; Adamo Daniel; Bigozzi Miguel Ángel (h);

Kobelinsky Marcelo; Feller Walter; Longo Emilio; Amato Alicia.

DIÁLOGO 8: “LACTANCIA MATERNA”

Coordinador: Dra. Petelsky Sara.

Secretario: Dra. Pacheco Valeria.

Panelistas: Dres. Bolomo Clara; Lic. Bosco Sandra, Napoli Mariana; Lic. Osorio Lidia;

Calfuquero Roxana; Veiga Angélica; Oshiro, Silvia Solis, Tiseyra Eva .

DIÁLOGO 9: “HISTEROSCOPIA, CUÁNDO INDICARLA?”.

Coordinador: Dr. Dotto Jorge / Dra. Becerra Batán, Patricia.

Secretario: Dra. Pritz, Emilia.

Panelistas: Dres. Prof. Dr. Osama Shawki M D; Vigliocco Guillermo; Pisani Alejandro;

Peró Jorge; Martínez Corti Fernando; Gil María del Carmen; Gómez Lilia;

Eraso Mariano; García Alberto; Gil Santiago; Prof. Lange Diego; Mendiola Paola.

DIÁLOGO 10: “ANDRÓGENOS Y SEXUALIDAD FEMENINA”.

Coordinador: Dr. Carani, Cesare.

Secretario: Dra. Feler, Florencia.

Panelistas: Dres. Maffei Laura; Franchina María; Tohá Cristina; Bigozzi María; Monastero Adriana; Premrou Valeria; Pelegrin Carolina; Segura Eugenia.

09. 30 a 10. 30 HS: “TERAPÉUTICA EN LA MUJER HIV POSITIVA, SU IMPACTO”.

Dr. Rochira, Vincenzo / Dr. Cahn, Pedro.

Coordinador: Dra. Maffei, Laura.

Secretario: Dra. Rovere Carla.

Panelistas: Dra. Calvar Cecilia; Dra. Ivalo Silvina; Dr. Pérez Tomasone Ignacio.

10. 30 a 11 HS: BREAK .

11.00 a 12. 00 HS: “DESEO SEXUAL EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA”.

Dra. Martín, Lucila / Dr. Kustnezoff, Juan Carlos.

Coordinador: Lic. Wapñarsky, Viviana.

Secretario: Dr. Pérez Staracci Andrés.

Panelistas: Dra. Pereyra Pacheco Beatriz; Dra. Díaz María Laura; Dra. Magirena Sandra; Dra. Marega Olga.

12.00 a 13.00 HS: “DIÁLOGOS CON EXPERTOS”.

DIÁLOGO 11: “FISIOLOGÍA HORMONAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO”.

Coordinador: Dr. Rochira, Vincenzo.

Secretario: Dr. Crema Diego.

Panelistas: Dres. Maffei Laura; Vampa Gustavo; Gómez Ángela; Tupa Nicolás; Torresilla Isabel; Ilera Verónica; Albarellos Malena; Romero José.

DIÁLOGO 12: “LA INDUSTRIA DEL JUICIO DE MALA PRAXIS”.

Coordinador: Dra. Vega, Mirta.

Secretario: Dr. Martínez Juliana

Panelistas: Dres. Macchi Silvia; Rodríguez Jorge; Moggia Fernando; Vilariño Adriana; Fink María Laura; Rodríguez Paquete Adrián; D’lorio Francisco; Moroni Edgardo; Lo grasso Salvador; Balbín Adrián.

DIÁLOGO 13: “LA MEDICINA ESTÉTICA EN GINECOLOGÍA”.

Coordinador: Dr. Basilio Francisco.

Secretario: Dr. Aguilar Sebastián.

Panelistas: Dres. Crespo María Alejandra; Tielas Marta; Aberazturi Raúl; Chain Myriam, Salvatierra Jorgelina; Semino Andrea; Pavón Josefina, Guitelman Patricia; Felice Fernando; López Valeria; Abulafia Alberto.

DIÁLOGO 14: “PATOLOGÍA MAMARIA BENIGNA”.

Coordinador: Dr. Schiavi, Claudio.

Secretario: Dr. Milosevic Andrea

Panelistas: Dres: Millán Solange; Laino Laura; Aguirre Young María B; Pacienza Lorena; Richard Fandos Ariela; Pizarro Fernando. Siligato Cecilia, Gualdi Graciela; Brusco Claudia.

DIÁLOGO 15: “MENOPAUSIA HOY”.

Coordinador: Prof. Dra. Magaril, Clelia.

Secretario: Dra. Castillo Cecilia

Panelistas: Dres. Della Latta Diana; Caro Rita; Rey Claudia; Vinacur Claudia;
Gutiérrez Pamela; Monastero Adriana; Londero Bianca; Bigozzi María; Greco Adriana;
Depiano Eduardo; Tohá Cristina.

13.00 a 14.00 HS: LUNCH.

14.00 a 15.00 HS: “ENDOCRINOPATÍAS (Diabetes / Tiroides) Y EMBARAZO”.

Dr. Carani Cesare/ Dra. Passarín Noemí.

Coordinador: Dra. Maffei, Laura

Secretario: Dra. Santoro Laura.

Panelistas: Dra. Carabelli Alejandra; Dr. Fregonese Rodolfo; Dra. Di Biase Lucía;
Dr. Mugnolo Domingo.

15 00 a 15.30 HS. BREAK.

15.30 a 16.30 HS: “HEMORRAGIAS UTERINAS POSTPARTO,
TRATAMIENTO MÉDICO / QUIRÚRGICO”.

Dr. Valenti Eduardo / Dr. Jaraquemada Palácios José.

Coordinador: Dra. López, Nidia.

Secretario: Dra. Orenstein Silvia

Panelistas: Dr. Dunaiewsky Armando; Dra. Lavergata Laura; Dra. Ciocale Silvina;
Dr. Chucair Andrés.

16. 30 a 17.30:“ESTÉTICA VULVOVAGINAL”.

Dr. Elias Jorge / Dr. Malfato Gustavo.

Coordinador: Dr. Brailovsky Carlos.

Secretario: Dra. Sosa Nadia.

Panelistas. Dra. Amato Alicia; Dr. Felice Fernando; Dr. Velasco Juan Carlos.

17.30 HS: “ACTO DE CLAUSURA”.

- COCKTAIL DE CIERRE.

- SHOW INTERNACIONAL DE ÓPERA, “LOS TENORES DEL COLÓN”.

Salón EL MIRADOR, Acoyte 754.

.....

Turismo y pago inscripción extranjeros: Thesys Tour Operator: www.thesys.com.ar

Contacto: Chantal Vilá: congresos@thesys.com.ar .Tel: 4322-1210



INFORMES E INSCRIPCIÓN

Inscripción: u\$200.

Médicos Residentes, Obstétricas, Enfermeras y Estudiantes: u\$100.

Idioma Oficial: Español.

NOTA: La Inscripción incluye: Conferencias; Diálogos con expertos, Área comercial; Cocktail Inaugural y Recital “Baladas argentinas de todos los tiempos”, César “Banana” Pueyrredón.

Acto de Cierre: “Show Internacional de Opera”, Tenores del Colón

Informes: www.aacog.org.ar ; info@aacog.org.ar ; ahakim@fibertel.com.ar

Presentación de Trabajos para Pósters hasta el 30 Junio del 2010.

Temas: “Controversias en Obstetricia y Ginecología”

Premio al mejor Póster de la especialidad.

Empresas Auspiciantes

2do Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología, 25 al 27 de Agosto, 2010.

Laboratorio Bayer Schering Argentina

Laboratorio Montpellier

Laboratorio Bagó

Laboratorio Elea

Laboratorio Organón

Laboratorio Ferring

Laboratorio Raffo

Laboratorio Gador

Laboratorio Panalab

Laboratorio Raymos

Laboratorio Glaxo

Laboratorio Domínguez

Laboratorio Biol

Procreate

Matercell

CERIM

Sonocare

Digimed

Medicatec

Ultraschall

Zizi libros

RESUMENES DE TRABAJOS PRESENTADOS A POSTERS

2^{do} Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología .
4^{to} Congreso Argentino de Controversias en Obstetricia y Ginecología.
25 al 27 de Agosto, 2010. Salón "El Mirador". Acoyte 754. (Parque Centenario)
Buenos Aires, Argentina.

POSTERS OBSTETRICIA

Poster 1

Intrapartum translabial three dimensional ultrasound – a new modality for non invasive assessment of cervical dilatation at active labor

*Ariel L. Zimerman, Ana Smolin, Tzvi Weinraub, Arie Herman, Ron Maymon.
Department of Obstetrics and Gynecology, Assaf H7arofe Medical Center, Tzrifin, Israel.*

Objective

To study the feasibility and accuracy of intrapartum translabial three dimensional ultrasound (TL3D-US) to measure cervical dilatation during active labor and compare to digital vaginal examination.

Methods

A prospective observational study was conducted. Three dimensional ultrasonographic volume datasets from 52 patients were collected during active labor and stored. Later all volumes were twice randomly reviewed off-line by two examiners blind to previous clinical and ultrasonographic measurements. Correlation with midwife clinical digital vaginal examination and interobserver and intraobserver agreement was determined.

Results

Three dimensional translabial ultrasonographic measurements of cervical mean and maximal diameter and cervical inner area showed good correlation to digital vaginal examinations ($r^2=0.609, 0.587$ and 0.469 respectively, all correlations $p<0.001$). The interobserver mean difference between paired measurements for mean and inner cervical dilatation and cervical inner area was $0.1\text{cm} (\pm 0.49)$, $0.12\text{cm} (\pm 0.48)$, and $-0.2\text{cm}^2 (\pm 5.69)$ and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) were $0.82, 0.85$ and 0.87 respectively. The intraobserver mean difference between paired measurements of the mean and maximal cervical dilatation and inner cervical area were $0.002\text{cm} (\pm 1.15)$, $0.02 (\pm 1.4)$ and $-0.41\text{cm} (\pm 1.15)$ and the ICC were $0.85, 0.79$ and 0.75 respectively.

Conclusion

TL3D-US orthogonal plane makes cervical imaging in active labor feasible, reproducible, and accurate. This new modality provides for the first time a non invasive assessment of cervical dilatation at active labor.

Poster 2

Síndrome de HELLP a las 20 semanas de gestación, a propósito de un caso.

*Servicio de Ginecología y Obstetricia - Hospital San Felipe - San Nicolás -Bs As
Autores: Pellicciotti D., Brignoli V, Acastello G., Rius E., Primucci P.*

Introducción

El sme de HELLP es un grave trastorno que afecta hasta un 10% de los embarazos complicados por preeclampsia-eclampsia. Es una condición exclusiva del embarazo y período periparto. Su aparición es mas frecuente en el tercer trimestre, un 15% de los casos se manifiestan durante el segundo trimestre, (8% entre las semanas 17 y 20 y 7% entre las semanas 20 y 26), y hay casos publicados hasta los 6 días postparto. Se presenta en mujeres de edad mayor que las que padecen preeclampsia-eclampsia (media de 25 años vs. 19 años respect.) y en general multíparas. El cuadro clínico es proteiforme siendo lo mas frecuente: cefalea, náuseas, vómitos, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho, hipertensión severa, y laboratorio típico. Plantea numerosos diagnósticos diferenciales (SHU, PTT, LES, hígado graso agudo etc.) Entre las complicaciones están descriptas: maternas (edema agudo de pulmón, ruptura hepática, ACV, CID, IRA) y obstétricas (DPN, prematurez).

Material

Paciente de 33 años, G5 P2 C1 AB1, cursa embarazo de 20 semanas por FUM, consulta por cuadro de

epigastralgia, cefalea y vómitos de 6 hs de evolución. Al ingreso presenta: cifras de TA de 160/110 mmHg, sin antecedentes previos de HTA. Se interna y se realiza interconsulta cardiológica (ECG normal) y comienza con alfametildopa y nifedipina oral. El laboratorio evidencia: plaquetopenia moderada, aumento de enzimas hepáticas, hemólisis y proteinuria de 2g. Comienza con Sulf. de magnesio. Ingres a UTI con sospecha de Sme de HELLP. Ecografía hepática: normal y obstétrica: gestación vital con biometría acorde a 20 semanas, sin alteraciones. Extendido periférico anormal. A las 24 hs la paciente agrega somnolencia, oliguria (se suspende SMg), hematuria, enzimas hepáticas en aumento y descenso progresivo de las plaquetas por lo que se decide en conjunto con la paciente y su familia la interrupción del embarazo mediante cesárea, explicándose la inviabilidad del producto.

Resultados

A las 24hs. postcesarea: normaliza diuresis y se encuentra asintomática. A las 48hs estabiliza la TA y mejora la plaquetopenia, pasando a sala general medicada con antihipertensivos. El hepatograma persiste alterado. Se externa a los 4 días de la cesárea, normotensa.

Conclusiones

Para su manejo se recomienda: estabilización hemodinámica en centros de atención terciaria, administración profiláctica de S. Magnesio, fármacos antihipertensivos, estricto control de líquidos ev y diuresis. Hay un acuerdo general en que las gestaciones complicadas con sme de HELLP se relacionan con pobres resultados maternos (mortalidad hasta 24%) y perinatales (mortalidad 7-60%) por lo que la decisión de interrumpir el embarazo dependerá del juicio clínico sobre la paciente.

Poster 3

Religious Attitudes Relation with antenatal Anxiety in nulliparous pregnant woman who come to health centers of University of medical science

*SHahnaz Golian Tehrani (Phd) , Zohre KHakbazan , Zhara Gozalian.
Medical University Of Tehran*

Introduction and Objective

pregnancy is a critical life event the confront women with specific physical, psychological and social change.

Anxiety is one the psychological disorders of pregnancy which is prevalent among pregnant woman.

Performing religious duties is one the important prevention factors of mental disorders especially Anxiety. This research is performed with the aim to determine the antenatal Anxiety and its relation with religious attitudes in nulliparous pregnant woman who come to health centers of University of medical science in 2009

Materials and Methods

This research is a cross sectional descriptive analytical study in which 404 nulliparous pregnant of ages 18-35 who were selected using stratified random sampling. The instrument of data collection was questionnaire. To analyze data, descriptive and inferential statistical methods and SPSS software were used.

Results

The results indicated that showed. 16.3% of pregnant woman had mild, 68.1% moderate and 15.6% had severe anxiety 13.9% , 72. % and 14.1% of cases had high, moderate and low Religious believes respectively. Moreover, results showed a meaningful and significant negative correlation between antenatal anxieties of And religious believes (p=0.002). , pregnancy anxiety has significant association with religious believes

Conclusion

Considering the research results, antenatal anxiety is (an important) disorder in pregnancy. This disorder can be minimized through enhancing religious believes by counseling mid wife's and can be applied as a manner which uses no drug to decrease anxiety in the pregnant woman.

Key words

Religious attitudes, antenatal anxiety, nulliparous pregnant

Poster 4

Tumor del saco vitelino: A Propósito de un caso

*Dr. Nicasio Cuneo, Martínez Diana, Gaibor Elizabeth
Hospital Oncológico Municipal María Curie
Vera 899 3B 1414 ,Capital Federal, Bs. As, Argentina
Norma-gaibor@live.com,ar*

El tumor del saco vitelino, es la segunda variedad maligna frecuente y representa el 22 % del los tumores de células germinales del ovario se presentan en mujeres jóvenes, las $\frac{3}{4}$ partes presentan dolor abdominal, y masa abdominal o pélvica los síntomas son agudos suele confundirse con apendicitis o embarazo ectópico roto, son unilaterales, presentan niveles elevados de alfafetoproteína. Son de crecimiento rápido, dando metástasis precoz y diseminación intrabdominal rápida, no son sensibles a la radioterapia su pronóstico es bueno e incluso es posible obtener remisiones completas gracias a la poliquimioterapia.

Materiales y métodos

Paciente de 20 años primípara quien presenta distensión y dolor abdominal con diagnóstico de embarazo ectópico, se realizó: salpingooforectomía derecha mas quistectomía izquierda , resultado de biopsia Tumor de Saco Vitelino (Patrón micro quístico), laboratorio H.C.G. < 2mUI /ml, CEA < 0,5ng/ml , CA 125 6,5 ng/ml , ALFA FP 3155 ng/ml T. A. C. Abd./Pelvis : Masa heterogénea: lóbulo hepát.izq.(>46mm), formación retroperitoneal izq. que ocluye uréter izquierda. generando severa hidronefrosis, masa ovárica derecha que borra clivaje con vejiga y útero subocluyendo uréter y provocando uréter-hidronefrosis, tratamiento: quimioterapia con esquema (BEC)

Resultados

Luego de concluir los 4 ciclos de quimioterapia se evidencia una respuesta clínica 100%: se realiza alfa feto proteína valor de: 0,6ng/ml T.A.C. tórax abdomen y pelvis s/p

Conclusiones

Esta patología representa la variedad maligna más común en pacientes jóvenes, por lo que debemos buscar siempre estrategias óptimas en cuanto al tratamiento para preservar la fertilidad en este tipo de pacientes, la AFP es considerado marcador ideal tanto de diagnóstico y seguimiento posterior al tratamiento en busca de recidivas o metástasis, actualmente gracias a la poliquimioterapia las cirugías son más conservadoras consiguiéndose embarazos exitosos posterior al tratamiento.

Poster 5

Hacia un cambio de paradigma... “Maternidades Centradas en la Familia”.

Autores: Lic. Napoli, Mariana Laura, Enf. Bosco, Sandra Verónica.

Jefe de Departamento Materno Infantil: Dr. Armand Dunaweski.

Jefe de Servicio de Obstetricia: Dr. Alejandro Hakim.

Jefa de Enfermería de Obstetricia: Lic. Ana Sánchez. Servicio de Obstetricia, Hospital General de Agudos “José María Ramos Mejía”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Argentina.

Introducción

Las Maternidades Centradas en la Familia representan un cambio de paradigma en la asistencia perinatal, suma lo humanístico a la tecnología, establece la idea de que la mujer y su familia deben tomar un rol activo en el cuidado del embarazo y trabajo de parto, parto y cuidados del recién nacido.

Objetivos

Transformar el modelo de atención actual hacia Maternidades Centradas en la Familia.

Materiales y métodos

La internación conjunta de madres con sus hijos recién nacidos sanos en salas grupales es la primera acción necesaria para la implementación del Programa de Maternidades Centradas en la Familia. La internación precoz y continua en el periodo crítico que sucede al nacimiento de las personas condiciona pautas de comportamiento recíproco favorables.

Las salas grupales se implementan en hospitales públicos o instituciones que no pueden brindar habitaciones individuales tratando de buscar beneficios. Esta propuesta de alojamiento conjunto posibilita las acciones de educación para la salud y la implementación de intervenciones, como la promoción de la lactancia materna en el marco de Hospital Amigo de la Madre y el Niño, prevención del Virus Sincicial Respiratorio, procreación responsable, nutrición adecuada en el embarazo y cuidados generales del recién nacido.

El transmitir contenidos docentes en forma grupal tiene mayor impacto al ser compartidos y un efecto multiplicador por los aportes individuales o las preguntas que surgen del grupo.

Conclusiones

Las propuestas para Transformar el Modelo de Atención hacia Maternidades Centradas en la Familia son:

- *Participación de la Familia en todo el proceso institucional.*
- *Áreas de la planta física para la Familia.*
- *Actividades de Educación para la Salud.*
- *Información a pacientes y familiares.*
- *Servicio de Voluntariado Hospitalario y grupos de Apoyo Comunitario.*
- *Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”.*

Poster 6

Patología neurológica poco frecuente y embarazo: nuestra experiencia.

Autores: Orenstein, Silvia; Pérez, Andrés; Rotella, Ricardo; Crimi, Daniela; Dunawiesky, Armando; Hakim, Alejandro

Lugar: Hospital J. M. Ramos Mejía, Servicio de Obstetricia.

Introducción

La patología neurológica en el embarazo puede presentarse como una afección preexistente al mismo o como una intercurencia. Existen patologías neurológicas propias del embarazo como la Eclampsia y otras que no son exclusivas del estado gravídico pero pueden requerir un abordaje específico e interdisciplinario.

La enfermedad de Moya – Moya es una afección cerebrovascular crónica y progresiva caracterizada por estenosis u oclusión bilateral de las arterias del polígono de Willis con importante circulación colateral y una característica imagen en la arteriografía.

El síndrome de Guillan Barre es una polineuropatía desmielinizante inflamatorio aguda generalmente asociada al antecedente de infección viral o bacteriana, cirugía o inmunización con recuperación Ad-integrum.

Material y método

Revisión de 2 casos que se presentaron en el periodo junio 2009- junio 2010 en el Servicio de Obstetricia del Hospital Ramos Mejía. Las patologías que se diagnosticaron fueron: Enfermedad de Moya – Moya y Síndrome de Guillan Barré. Ambos diagnosticados en el 1º trimestre de embarazo y su seguimiento fue realizado en conjunto con el servicio de neurología.

Resultados

Tanto durante el curso del embarazo como en el parto y puerperio, la enfermedad de base no se vio agravada, manteniéndose el status neurológico. La vía de parto en ambos fue la cesárea electiva. El resultado perinatal fue óptimo en los 2 casos, obteniéndose recién nacidos de término de peso adecuado para la edad gestacional sin requerimiento de UTIN.

Conclusiones

En ambos casos los resultados neonatales fueron consecuencia de la estabilidad clínico- neurológica de las pacientes que permitió la llegada al término de los embarazos. Todo esto gracias al estricto seguimiento conjunto de los servicios de neurología y Embarazo de alto riesgo. Destacamos la importancia del abordaje interdisciplinario de las pacientes.

Poster 7

Krukenberg Tumour In Pregnancy.

A. Stefanovic, K. Jeremic, S. Kadija, O. Kontic, J. Stojnic, J. Tavcar, S. Petkovic

Institute of Ob/Gyn, Clinical center of Serbia, Medical school University of Belgrade, Belgrade

Our case report described young female (31 year old) with billateral Krukenberg tumor, in six month of pregnancy complicated with hypertension, HCV infection, large ascites and abdominal pain. She has delivered once and child is healthy. On admission ultrasound revealed bill. ovarian tumors with diametar around 20 cm and hepatosplenomegaly without focal lesions.

Laboratory tests discovered thrombocytosis and high level of blood proteins.

Liver function tests was normal. After asciets punction cytological analysis revealed malignant cells.

Tumor marker CA 125 and AFP was highly increased (CA 125 more than 500 U/ml; AFP was 88,8 ng/ml), while CEA and CA 19-9 were in normal range.

We performed laparotomy, ovariectomy on the right side and wait for ex tempore analysis. During operation we discovered high amount of ascites (6l). Patohystologycal analysis confirm malignant tumor and we have done Cesarean Section. Male child was born with 1000 gr weight, Apgar score 1-2. Child died after 24 hours.

Operation finished with total hysterectomy, billateral adnexectomy, total omentectomy and pelvic lymphadenectomy.

Definitive hystopathological examination revealed large tumors signet-ring cells, dispersed throught the both ovary, perimetrium, omentum and 3 of 14 lymph nodes and vascular spaces.

Postoperative recovery was without complication and patient received chemotherapy.

POSTERS GINECOLOGÍA

Poster 8

Life style Factors Related to Women's Osteoporosis

** Soghra Nikpour, Fatemeh Nasrollahi, Sholeh Shokrabi, Hamid Haghani*

** assistant professor, Senior Lecturer, Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Rashid Yasami St. Valiasr ave. Tehran, Po. BOX: 19395.4798, Iran*

E - M A I L 1 : n i k i n i k i _ s @ y a h o o . c o m

E-MAIL 2: s-nikpour@iums.ac.ir

Colposan[®]

Comprimidos Vaginales

Clindamicina 100 mg + Ketoconazol 400 mg

La combinación ideal
para el tratamiento
de las infecciones vaginales



Rp/
Colposan
Comprimido
vaginal

1 vez
al día

 LABORATORIOS
PANALAB



utrogestan

PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA

200 mg

Induce cambios secretorios para un endometrio receptivo⁽¹⁾⁽²⁾

- *Tratamiento de infertilidad por déficit de fase lútea*⁽³⁾⁽⁴⁾
- *Facilita el éxito de la fertilización asistida*⁽⁵⁾
- *Mayor rapidez en la obtención de los niveles séricos adecuados*⁽⁶⁾

La primer cápsula micronizada aprobada para uso vaginal u oral



utrogestan

PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA

200 mg

Cápsulas x14

Referencias: (1) Physiological oestradiol and progesterone replacement cycles in women with ovarian failure: a model to study endometrial maturation and sex steroid receptor regulation by exogenous hormones^{*}. Massai, M.R. Hum Reprod, 1993; 8: 1828-34 (2) Experience with "physiological" steroid replacement regimen for the establishment of a receptive endometrium in women with premature ovarian failure. Critchley, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, September 1990, Vol.97, pp 804-810. (3) Documento de Producto. (4) Comparison of the efficacy and safety of two formulations of micronized progesterone (Elios and Utrogestan) used as luteal phase support after in vitro fertilization. Germond, Fertility and Sterility, Vol.77, N° 2, FEBRUARY 2002. (5) Pregnancies after replacement of frozen-thawed embryos in a donation program^{*}. Salat-Baroux, J. Fertl Steril 1988;49:817-821. (6) Micronized progesterone: clinical indications and comparison with current treatments. Fitzpatrick L. Fertility & Sterility 1999; 72:3

Importado y Distribuido por Laboratorios Ferring S.A.
Av. Juan B. Justo 4840, C14160KP, Capital Federal
Para mayor información dirigirse a Laboratorios Ferring
(Dirección Médica) Tel: 4585-8900

FERRING
PHARMACEUTICALS

Background and Aim

Osteoporosis is a serious and growing problem in the world. It is one of the most prevalent diseases among middle-aged and elders. Previous studies have considered high prevalence of osteoporosis especially in women, and also, its various prevalence in communities with different life styles and nutritional habits. The aim of the present study was to determine lifestyle factors related to osteoporosis among women.

Material and method

In this cross-sectional study, 500 women who were referred to Iran University of Medical Sciences bone densitometry centers during 2006 were selected. Data were gathered by questionnaire.

Results

Finding revealed statistical significant relationship between osteoporosis and drinking coffee, consumption of ice-cream, pattern of yoghurt drink, dried whey and cheese consumption, exposure to sunlight and its duration ($P < 0.05$). The results of discriminant analysis showed that drinking coffee and exposure to sunlight were the most important related factors with osteoporosis.

Conclusion

According to the finding and considering osteoporosis prevalence in Iran, women's education regarding life style factors related to osteoporosis is suggested.

Key words

Osteoporosis - Life style - Bone density

Poster 9

Frequency of sexual dysfunction and related factors in women

Hajikazemi Eftekharalsadat, Center for Nursing Care Research, Iran University of Medical Sciences (IUMS). Hossaini Monirsadat. Hossaini Fatemeh

Background

Prevalence of sexual dysfunction in many of societies is high and there are several factors that have important role on this issue.

Sexual dysfunction has negative effect on women and family health .

This study has aimed to determining the frequency of sexual dysfunctions and related factors in women referred to health centers of Sari city

Method & material

This was a cross- sectional study, in which questionnaires FSFI (Female sexual function Index) were used for data gathering. Sample size was 899 women and sampling method was by multi stages. T-test and X2 used for analysis.

Results

Regarding findings, 45.2% of the women had sexual dysfunction. Frequency of this dysfunction for sexual desire, excitement, lubrication, orgasm, dyspareunia were respectively 39.6%, 35.5%, 39.8%, 42.7% and 47.3%. We also, found that the dysfunction were mostly related to the age gap with husband ($p = 0.02$), permanent fatigue ($p = 0.000$), disagreement of the time of having sex ($p = 0.000$).

Conclusion

Considering the results, finding intervention for prevents the factors that interfere healthy and happy sexual life is of great importance. Healthy and happy families are the consequences of a good intervention in this issue.

Safe sexual function in families is very important, because couples physical psychosocial healthy are related to sexual function. We suggest more study about cause of sexual dysfunction in women.

Key words

Women sexual dysfunction, dyspareunia, personal and familiars factors.-

Poster 10

Factor Masculino Y HPV. Experiencia en Consultorio

Autor: Dra. Carmen Elena Barrios

Objetivos

1°) Informar sobre la historia natural del hpv, de ser posible a ambos integrantes de la pareja, para que no resulte distorsionada.

2°) Concientizar sobre el hpv, no sólo como enfermedad de transmisión sexual, sino también su implicancia en lesiones precancerosas genitales masculinas y femeninas.

3°) Sistematizar el examen masculino de penescopia, como método preventivo, del mismo modo que el examen de papanicolau y colposcopia es para la mujer.

4°) Integrar las diferentes especialidades, para el correcto diagnóstico y adecuado tratamiento de cada individuo. Entre otras, urología, dermatología y, estomatología completarían el estudio físico del paciente. El uso de biopsias y captura híbrida, nos facilitarían el diagnóstico y, seguimiento evolutivo de cada individuo.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de un total de 600 mujeres estudiadas, sólo se tomaron en cuenta los pacientes varones captados a través de sus parejas hpv +, ya sea por demanda espontánea, derivación de colegas ginecólogos, dermatólogos, urologos, que no tratan este tema, y también por los mismos pacientes.

Desde el año 2006 a marzo de 2010, el nº total de penescopias realizadas fue de 2400, a un total de 240 varones.

La edad de los pacientes asistidos osciló entre los 15 a los 60 años. el mayor porcentaje incluyó 141 varones hasta los 29 años (58,75%), con lesiones hpv+ en todos los casos. El resto, osciló entre los 30 a los 59 años, un total de 99 pacientes (41,25%).

Se recabaron datos de: anamnesis, exploración clínica por inspección de región genital y perineal. La observación de imágenes halladas mediante penescopia directa y ampliada, previa imbrocación con ácido acético al 3%, se realizó en pene, escroto y zona perianal. Se realizaron tomas biopsias de imágenes sospechosas bajo control colposcópico. Cada biopsia tuvo su confirmación histológica por anatomía patológica.

Cuatro pacientes (1,66%), fueron derivados a urología, 2 de ellos con lesiones verrugosas exofíticas, cuya base se asentó en tercio externo de uretra; un paciente (0,41%) por fimosis que, además de presentar lesiones en piel del pene, dicha patología impedía un correcto examen peneano; un paciente (0,41%) por diagnóstico histológico de liquen escleroatrófico.

En los casos de condilomas virales por hpv incipientes, y planos, 141 pacientes (58,75%), fueron tratados con crema de imiquimod al 5%, entre 30 a 60 días máximo, con buena respuesta en general. Pocos casos de recidiva, ya sea por tratamientos sin completar, por intolerancia 2 casos, y 10 casos por falta de poder adquisitivo.

En lesiones papilomatosas, espiculadas, condilomas acuminados, y un caso de molusco contagioso, 52 casos (21,66%), se realizó tratamiento combinado, descabezando las lesiones macroscópicas con exeresis de la masa sobresaliente, y topicación con ácido tricloroacético al 70% o al 90% de la base restante, y una vez cicatrizado, en aproximadamente 10 a 15 días máximo, se trabajó la zona afectada con imiquimod al 5%, durante un mes, con buena respuesta local.

En los casos de recidiva, y de acuerdo a la localización de las lesiones y de su morfología, se reinició tratamiento con topicaciones semanales, y en otros casos con imiquimod al 5%.

Un paciente presentó lesión combinada: múltiples formaciones verrugosas en prepucio, por lo que el equipo de urología y cirugía decidió practicar circuncisión, y, además, lesión plana en mucosa gingival, que fue biopsiada, resultando ser hpv+,

y captura híbrida + parahpv 6; como las lesiones reaparecieron sobre la cicatriz de la circuncisión, y dado que solicitó ser vacunado, se realizó la consulta pertinente a un centro especializado, donde entró en protocolo de vacunación para hpv.

Un paciente con enfermedad autoinmune de espondilitis anquilosante, que realizó tratamiento para las lesiones por hpv, con varias recidivas en el término de 2 años, y con captura híbrida+ para hpv 6, también está siendo considerado para protocolo de vacunación. En todos los casos, sin excepción, se pidieron estudios de vdr1, y hiv, siendo todos negativos hasta la fecha.

Resultados

De las 240 biopsias realizadas (100%), 203 (84,52%) fueron + para hpv, y, 41 (17,08%), fueron negativas para hpv.

De las 203 biopsias + para hpv, 80 (39,41%) fueron condiloma viral, 40 (19,71%) condiloma papilomatoso, 31 (15,27%) condiloma plano, 30 (14,78%) hpv incipiente, 5 (2,46%) lesiones espiculadas, 5 (2,46%) condiloma acuminado. Un caso de molusco contagioso, un caso de liquen escleroatrófico, un caso de hiperqueratosis uretral. Todas las lesiones fueron de bajo riesgo.

Conclusiones

El estudio del factor masculino, debe ser considerado parte del tratamiento de la pareja femenina hpv +. La penescopia debe ser considerado como un estudio preventivo independiente del factor femenino.

La información debe ser clara y precisa, a fin de optimizar el manejo de la patología.

El virus del hpv no discrimina género. Sería interesante que tomemos en cuenta, que no sólo lo padecen las mujeres, sino también los varones están expuestos a padecer lesiones que con el tiempo se transformen en patología de alto riesgo

Poster 11

Ranelato de Estroncio luego de Bifosfonatos en forma Prolongada

*Autores: Premrou María Valeria, Pelegrin Carolina, Torrecilla Isabel, Maffei Laura
Consultorios Asociados de Endocrinología
Dra. Laura Maffei, CABA, Argentina.*

Introducción

Uno de los tratamientos más utilizados para la osteoporosis son los bifosfonatos, al ser usados en forma prolongada existe el riesgo enfermedad ósea adinámica por inhibición excesiva del turn over óseo. El Ranelato de Estroncio es una droga de acción dual que estimula la formación e inhibe la resorción ósea.

Objetivos

Nuestro objetivo fue evaluar los cambios densitométricos al año de tratamiento con Ranelato de Estroncio, en un grupo de pacientes que habían recibido bifosfonatos en forma prolongada sin mejoría en la DMO.

Material y métodos

Estudiamos a 27 mujeres entre 48 y 83 años (media 64.5 años), posmenopáusicas, con osteoporosis, que habían recibido tratamiento con bifosfonatos por más de 3 años consecutivos y en el último año su DMO se había mantenido estable o había disminuido.

Recibieron 2g de ranelato de Estroncio VO, 1g de Calcio/día y 35.000 UI de vitamina D2/semana. Se realizó DMO de columna lumbar y cuello femoral al inicio y 12 meses. Se dosó FAL basal, 6 y 12 meses.

Se evaluó tolerancia a los 30 días, a los 6 y 12 meses y la aparición de fracturas.

Resultados

La FAL aumentó de 135.68 a 170.11 con una $p < 0.001$ al año. DMO lumbar de 0.7845g/cm a 0.8344g/cm al año con una $p < 0.003$, en femoral de 0.682g/cm a 0.710g/cm al año $p < 0.07$, en trocánter de 0.600 a 0.621 al año $p < 0.01$. El Estroncio tiene una mayor distribución en el hueso y una mayor absorción de rayos X que el calcio, lo que resulta en una amplificación en la medición pudiendo contribuir a un 50% de los cambios medidos en la DMO. La reacción adversa más frecuente fue la diarrea, la presentaron 4 de 27 pacientes en 1 sola obligó a discontinuar el tratamiento. Un paciente sufrió una fractura costal.

Conclusiones

Observamos un aumento en la DMO y la FAL, al año de tratamiento. Considerando que estas pacientes se encontraban estables o habían empeorado bajo bifosfonatos, el tratamiento con Ranelato de estroncio mostró ser una herramienta efectiva en ellas, probablemente estimulando la formación ósea inhibida. Una sola paciente sufrió una fractura costal. Fue una droga bien tolerada.

El Ranelato de Estroncio ha demostrado ser una droga eficaz en el tratamiento de la osteoporosis y nos parece una opción terapéutica a tener en cuenta en pacientes bajo tratamiento prolongado con bifosfonatos que no muestran mejoría en su contenido mineral óseo probablemente por una excesiva supresión del *turn over* óseo.

Poster 12

Estimación del riesgo de fracturas osteoporóticas mayores y de cadera según FRAX® en mujeres adultas argentinas.

Autores: María Elena Torresani (1), María Laura Oliva (1), María Laura Rossi (1), Constanza Echevarría (1), Laura Maffei (2).

(1) UBACyT M441, Facultad de Medicina, UBA.

(2) Fundación para la Investigación de Enfermedades Endocrino Metabólicas (FIEEM) e Investigación Clínica Aplicada (ICA). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Objetivos

Estimar en mujeres adultas argentinas el riesgo de fracturas osteoporóticas mayores (RFO) y fractura de cadera (FRC) según FRAX y su asociación con los factores de riesgo individuales contemplados por este método.

Metodología: Estudio transversal; muestra consecutiva de 146 mujeres (40-75 años), que asistieron a FIEEM-ICA (BsAs. 2008-2009).

Variables dependientes: RFO $< 10\%$; $\geq 10\%$ y RFC $\leq 3\%$; $> 3\%$ según FRAX® (WHO Fracture Risk Assessment Tool). Variables independientes: Edad: < 60 años; 60 a 75 años. Sumatoria Factores de Riesgo de Fracturas (FRF): 0 a 1 FRF; 2 FRF (Antecedentes fractura personal- antecedente fractura cadera padres – Tabaquismo – Glucocorticoides - Artritis reumatoidea – Alcohol - Osteoporosis secundaria). Análisis estadístico con SPSS 11.5, determinando OR con intervalos de confianza 95% (IC) y diferencia de proporciones con valor $p < 0,05$.

Resultados:

Edad promedio: $60 \pm 6,3$ años; IMC promedio: $27,6 \pm 5,0$ Kg/m², presentando 52,7% peso saludable (IMC $< 27,3$ Kg/m²) sin casos de peso corporal bajo.

Según FRAX® para la mayoría de la muestra el RFO fue $< 10\%$ (88.4%; IC: 82.8-93.9) y el FRC $\leq 3\%$ (90.4%; IC: 85.3-95.5).

Las mujeres ≥ 60 años presentaron significativamente RFO $\geq 10\%$ (OR: 21.52 IC: 2.77-167.25; $p < 0.0001$) y RFC $> 3\%$ (OR: 16.58 IC: 2.10-130.49; $p < 0.0001$) que las de menor edad.

El 84.2% (IC: 77.9-90.5) de la muestra presentó 0 a 1 FR individuales contemplados en FRAX®, siendo los factores más prevalentes hábito tabáquico: 24.7% (IC: 17.3-31.9), uso de glucocorticoides: 15.8% (IC: 9.5-22.0), fracturas personales previas: 14.4% (IC: 8.3-20.4) y fracturas de los padres: 13.7% (IC: 7.8-19.6).

Se encontró asociación significativa entre RFO y RFC con fracturas personales previas ($p < 0.0001$) y glucocorticoides ($p < 0.01$).

Conclusiones

La edad, las fracturas personales previas y el uso de glucocorticoides fueron las variables que presentaron asociación significativa con el RFO y RFC.

Poster 13

Síndrome de Behçet Vulvar

Álvarez, Daniela; Raso, Doris; Mercado, Cecilia; Rosciszewski, Vilma; Fachinat, Bruno.
Hospital Central de San Isidro Dr Melchor Ángel Posse, Buenos Aires - Argentina

Introducción

El Síndrome de Behçet es una vasculitis de afección multiorgánica que se caracteriza por la presencia de úlceras bucogenitales y lesiones oculares que cursan con episodios crónicos de exacerbación y remisión. Se presenta en adultos jóvenes con una incidencia de 1/10-50000. Su etiopatogenia es desconocida, se asocia a HLA B-51 y presenta anticuerpos contra la mucosa bucal.

Objetivos

Conocer la presentación clínica, métodos de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad de Behçet.

Materiales y métodos

Paciente de 19 años que consulta a la guardia por presentar lesiones orales y genitales de 15 días de evolución. Al examen se constatan úlceras orales, de base necrótica, centro amarillento, costrosas, dolorosas y lesiones semejantes en vulva. Se indica tratamiento sintomático con aciclovir, fluconazol y corticoides, constatándose remisión de las lesiones en dos semanas. Dos meses después la paciente concurre al Servicio de Ginecología presentando cuadro clínico similar. Se realiza biopsia de las úlceras genitales cuyo informe histológico revela extenso exudado neutrofílico y vasculitis linfocitaria. Ante la sospecha diagnóstica se realizan exámenes complementarios que informan: test de Tzanck negativo, serología negativa, prueba de Patergia positiva, hiperproteinemia, PRC elevada y HLA B-51 positivo. En base a los hallazgos clínicos y los estudios complementarios se indica tratamiento con colchicina y corticoides.

Resultados

La paciente completa 15 días de tratamiento constatándose excelente respuesta clínica y de laboratorio. Hasta el momento no volvió a repetir episodios similares ni de afección de otros órganos.

Conclusión

El Síndrome de Behçet es una causa infrecuente de úlceras genitales, dada su repercusión sistémica y su tratamiento característico con corticoides e inmunomoduladores, es de vital importancia la sospecha clínica

clínica para poder arribar a un correcto diagnóstico. Una vez instaurado el tratamiento adecuado el pronóstico es alentador.

Poster 14

Predictibilidad de la tirotrófina (tsh) y el anti-peroxidasa (atpo) para los cambios del perfil lipídico y glucemia en mujeres postmenopáusicas.

Campostrini B, Carpintero P, Silicaro A, Iñigo R, Martínez Corti F, Littero G, Adamo D, Simonet C
Servicio: Higa Gral. San Martín La Plata.
Hosp. Narciso Lopez Lanus

Objetivos

Determinar el grado de correlación de la TSH y ATPO con la Colesterolemia, Trigliceridemia y glucemia en mujeres postmenopáusicas con más de un año de la última menstruación.

Materiales y métodos

Diseño: Estudio prospectivo, observacional, transversal de correlación. Definición de la población: Criterio de Inclusión: Mujeres Postmenopáusicas que concurren a la consulta por climaterio del 1/8/08 al 31/7/09 en HIGA La Plata e IGBA Bs. As. C. de Exclusión: Fueron excluidos los pacientes que no completaron los estudios o estaban bajo tratamiento por diabetes, alteraciones lipídicas, patologías tiroideas, con terapia hormonal o no quisieron participar. Por selección consecutiva se obtuvo una muestra n=227. Variables en Estudio: TSH, ATPO, glucemia, colesterolemia, trigliceridemia. Todas medidas en escala intervalar. Estadístico: Porcentaje, Media, DS, Coeficiente de Correlación lineal Pearson, Índice de determinación.

Resultados

Menopausia: M: 48,5; DS \pm 7,8; Tiroiditis autoinmune: 70p. (31%). TSH variable independiente: coeficiente de correlación: Colesterolemia: r: -0,08; p=0,29; IC: -0,24 a 0,04; R2: 0,0064. Trigliceridemia: R: 0,20; P=0,04; IC:0,0100 a 0,3050; R2: 0,04. Glucemia: r: -0,05; p= 0,48; IC: -0,2154 a 0,1041; R2: 0,0028. variable independiente: ATPO: Colesterolemia: r: 0,075; p= 0,61; IC: -0,174 a 0,2904. R2: 0,0057. Trigliceridemia: r: 0,0613; p= 0,61; IC: -0,1745 a 0,2904; R2: 0,0037. Glucemia: r: -0,09; p= 0,45; IC: -0,3193 a 0,1470; R2: 0,0081.

Conclusión

Se halló una correlación estadísticamente significativa entre los valores de TSH y trigliceridemia siendo predecible esta última en un 4% a través de la TSH. No fue significativa la correlación con las otras variables dependientes.

Poster 15

Enfermedad de Cushing interpretado como síndrome de ovario poliquístico

*Dres . Pozniak. S, Premrou. V, Maffei. L
Consultorios Asociados de Endocrinología Dra.
Laura Maffei, Ciudad de Buenos Aires, Argentina*

Introducción

La enfermedad de Cushing es causada por una exposición prolongada a exceso de glucocorticoides. Caso clínico: Mujer de 28 años consultó por oligomenorrea e hirsutismo a varios especialistas y se interpretó el cuadro como síndrome de ovario poliquístico. Clínicamente presentaba facies luna llena, alopecia, giba dorsal, acantosis nigricans, e hirsutismo. Se solicitó estudios de laboratorio, RMN selar, y TAC abdominopelviana para descartar patología tumoral por presentar niveles de DHEAS mayor a 7000 y testosterona en rango alto. Laboratorio e imágenes previos a primera consulta: DHEAS >10000 µg/L (VN 988-3400) cortisol salival 11.6 µg/dL (VN hasta 10) CLU 197 µg/24 h (VN 90) cortisol post dexametasona 1 mg 12 µ/dL (VN 1.8), RMN selar y abdomen 2008 s/p. Laboratorio solicitado: DHEAS 18000 µg/L, ACTH 39 pg/mL, CLU 173 µg/24 h RMN selar 2009 Imagen hiperintensa en T2 de sector izquierdo de 3mm. Evolución: TAC de tórax s/p. Se realizó cateterismo de senos petrosos inferiores con un gradiente > 2. Se realizó adenohipofisectomía parcial vía transesfenoidal. Anatomía patológica: microadenoma hipofisario corticotropo 0.3 cm con inmunomarcación positiva para ACTH. A los tres meses postquirúrgicos los niveles de DHEAS, el CLU y el test de inhibición con dexametasona fueron satisfactorios. La paciente se encuentra eumenorreica y asintomática.

Conclusión

En toda paciente con hiperandrogenismo y oligomenorrea debe descartarse previamente otras causas como síndrome de Cushing antes de realizar diagnóstico de síndrome de ovarios poliquísticos. Y en segundo lugar, niveles exageradamente elevados de DHEAS pueden ser resultado de un estímulo adrenocorticotropo aunque es mandatorio descartar patología tumoral previamente

Poster 16

Manejo diagnóstico en pacientes con cáncer sincrónico. A propósito de un caso y revisión bibliográfica.

Festa, Horacio; Bravo, Carolina; Orenstein, Silvia; Cartagena, Catherina; Bronberg, Rubén; Raya, Stella Maris.

Objetivos

Analizar el valor del estudio genético en el diagnóstico de pacientes con carcinoma sincrónico ginecológico.

Introducción

Los carcinomas simultáneos de ovario y endometrio son infrecuentes y representan un desafío diagnóstico. Se considera cáncer sincrónico aquel diagnosticado dentro de los 6 meses. Aproximadamente, 10 % de los carcinomas de ovario se asocian a cáncer de endometrio sincrónicamente, y 5% de los endometriales a una neoplasia ovárica. La edad media diagnóstica: 52 años. El tipo histológico más frecuente es el endometroide, asociados a menor estadio tumoral y mejor pronóstico. Ulbright y Roth establecieron criterios anatómopatológicos para distinguir tumores sincrónicos de metastáticos, frecuentemente insuficientes. Karin y colaboradores analizaron microsatélites, para distinguir entre doble tumor primario y metastático obteniéndose mayor eficacia diagnóstica.

Materiales y métodos

Paciente de 40 años edad que consulta por amenorrea. Al examen físico, abdomen levemente doloroso sin defensa ni reacción. Los estudios imagenológicos informaron: útero globuloso difusamente heterogéneo Eme 16mm con colección líquida y en área anexial imagen líquida de pared engrosada, irregular mamelonada (75x78mm). Cistoscopia y RSC sin lesión a destacar. Ca125: 56,1 Se procede a realizar laparotomía exploradora, previo RBTyF, cuya anatomía diferida fue positiva para adenocarcinoma de endometrio. La congelación intraquirúrgica de ovario derecho informo tumor borderline, completándose con ooforectomía derecha, histerectomía, omentectomía, apendicetomía, citología peritoneal y linfadenectomía pelviana. La anatomía patológica informó adenocarcinoma endometroide de ovario asociado a adenocarcinoma endometroide de endometrio que infiltra mitad interna de miometrio, ganglios aislados negativos. Carcinoma sincrónico de ovario y endometrio.

Conclusión

Conociendo la utilidad del diagnóstico genético complementando el histopatológico, para distinguir tumores sincrónicos de metastáticos, el estudio de microsatélites, podría conducir a un mejor conocimiento de la enfermedad, logrando una estadificación y tratamiento adecuado

CALENDARIOS DE CONGRESOS Y JORNADAS NACIONALES E INTERNACIONALES 2010 - 2011

AGOSTO- 2010

IV CONGRESO IBEROAMERICANO DE IMAGEN MAMARIA

5 -7 de Agosto de 2010.

Cartagena de Indias, Colombia

Informes: siaegi2009@siaegi.com

VI JORNADAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HTAL. SAN MARTIN. DIABETES GESTACIONAL.

17 de Agosto de 2010

San Martín, Buenos Aires, Argentina

Informes: eduk@intramed.net

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

25 - 27 de Agosto de 2010.

Salón: El mirador Acoyte 754.

Buenos Aires , Argentina

Informes: www.aacog.org.ar

info@aacog.org.ar

SEPTIEMBRE -2010

XIX REUNIÓN ANUAL DE LAPAROSCOPIA QUIRÚRGICA.

1- 4 Septiembre de 2010

New York, E.E.U.U

III JORNADAS INTERNACIONALES DE ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE ROSARIO.

10 y 11 de septiembre de 2010.

Hotel Presidente, Rosario, Sta. Fe

Contactos: 0810-777668720

Ultrasonus: Corrientes 719, 1er Piso.

Tel: 0374-14487224

Pagina web www.ultrasonus.com.ar

CONGRESO MUNDIAL DE FERTILIDAD Y ESTERILIDAD

12-16 de septiembre de 2010

Munich, Alemania

Informes: www.iffs2010.com

CONGRESO GLOBAL DE SALUD MATERNO INFANTIL

22-26 de Septiembre de 2010

Barcelona, España

Informes: www.globalcongress2010.com

CONGRESO ARGENTINO DE PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR Y COLPOSCOPIA.

23, 24 y 25 de Septiembre de 2010

Auditorio Salón Paláis Rouge.

Sitio: colpoweb.org

XIV CONFERENCIA DE LA SOCIEDAD AUSTRALIANA DE MENOPAUSIA

26-29 de Septiembre de 2010

Sydney, Australia

VI SIMPOSIO DE MENOPAUSIA

26-28 de Septiembre de 2010.

Ámsterdam, Países bajos

Informes: ssidler@marktwo.nl

XI CONGRESO ESPAÑOL DE SEXOLOGÍA Y V ENCUENTRO IBEROAMERICANO DE PROFESIONALES DE LA SEXOLOGÍA.

30 de Septiembre del 2010 al

2 de Octubre del 2010.

Santiago de Compostela, España.

Web: www.congresosexologia-fess2010.es

OCTUBRE - 2010

XVII CONGRESO MUNDIAL DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO.

3 al 6 de Octubre de 2010.
Melbourne, Australia.

**NAMS 2010.
REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD NORTEAMERICANA DE MENOPAUSIA**

6 al 9 de Octubre de 2010
Chicago, E.E.U.U
Informes: www.menopause.org

XLII REUNIÓN ANUAL F.A.S.G.O.

6 al 8 de octubre de 2010.
Salta, Argentina
Informes: www.fasgo.org.ar

XX CONGRESO MUNDIAL DE ULTRASONIDO EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

10 al 14 de Octubre de 2010.
Prague, Republica Checa
Informes: e-mail: info@isuog.org

V CONGRESO MUNDIAL DE LA ASOCIACIÓN DE MEDICINA REPRODUCTIVA.

11 al 13 de Octubre de 2010.
Moscow, Rusia

XV CONGRESO LATINO AMERICANO DE SEXOLOGÍA Y EDUCACIÓN SEXUAL.

21 al 23 de Octubre de 2010.
Alicante, España.
Informes: info@congresosexologia2010.com

XXX REUNIÓN NACIONAL SECCIÓN DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA Y PATOLOGÍA MAMARIA DE LA SEGO.

28 al 30 de Octubre de 2010.
Logroño, España.
Informes: ginecologiaoncolologica@viajeseci.es

NOVIEMBRE - 2010

XXXVII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECOLOGÍA.

3 al 5 de Noviembre de 2010
Barcelona, España
Informes: cursos@dexeus.com

XXXIII CONGRESO MUNDIAL DE CONTROVERSA EN GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA E INFERTILIDAD (COGI) CONJUNTAMENTE CON LA SOCIEDAD DE ALEMANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

4 al 7 de Noviembre de 2010.
Berlín, Alemania
Informes: cogi@comtecmed.com

XII CONGRESO NACIONAL DE LA SECCIÓN DE MEDICINA PERINATAL DE LA SEGO

10 al 12 de Noviembre de 2010.
Bilbao, España
Informes: medicinaperinatal@viajeseci.es

XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE MEDICINA SEXUAL

14 al 17 de Noviembre de 2010.
Málaga, España
Informes: www.essm-congress.org

XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA INFANTO- JUVENIL

18 al 20 de Noviembre de 2010
Informes: www.sagij.org/new

XII CONGRESO ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGÍA CERVICAL Y COLPOSCOPÍA

25 al 27 de Noviembre de 2010
Valencia, España
Informes: geyseco.es/aepcc2010

DICIEMBRE - 2010

IV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

1 al 3 de Diciembre de 2010.

Madrid, España

Informes: 4simposiotambre@viajesiberia.com

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

XXIII JORNADAS INTERNACIONALES DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MAR DEL PLATA.

8 al 10 de diciembre de 2010.

Sheraton, Mar del Plata, Argentina.

Informes: www.sogba.org.ar

ENERO - 2011

VIII CONGRESO EUROPEO: PERSPECTIVA EN ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA.

28 al 29 de Enero de 2011

Barcelona, España

Informes: meetings@imedex.com

FEBRERO - 2011

X SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CÁNCER DEL EJE HIPOTALÁMICO - PITUITARIO GONADAL Y REPRODUCCIÓN.

6 al 8 de Febrero de 2011

Salzburgo, Austria

Informes: gnrh@kenes.com

XXXI ENCUENTRO ANUAL CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL

14 al 19 de Febrero de 2011

San Francisco, Estados Unidos

Informes: smfm@smfm.org

ABRIL - 2011

XIX CONGRESO ANUAL DE LA SALUD DE LA MUJER 2011

1 al 3 de Abril de 2011

Washington, Estados Unidos

Informes: womenshealth2011@liebertpub.com

CONFERENCIA INTERNACIONAL E INTERDISCIPLINARIA EN TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS FEMENINOS

7 al 9 de Abril de 2011

Florenca, Italia

Informes: info@mcaevents.org

MAYO - 2011

III CONGRESO DE RADIO QUIMIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA

11 al 14 de Mayo de 2011

Córdoba, Argentina.

JUNIO - 2011

XXIX CONGRESO INTERNACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. SOGIBA 2011

2 al 4 de Junio de 2011

Sheraton Hotel, Buenos Aires, Argentina

www.sogiba.org.ar

sogiba@sogiba.org.ar

XIII CONGRESO MUNDIAL DE MENOPAUSIA DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MENOPAUSIA

8 al 12 de Junio de 2011

Roma, Italia

Informes: jwright.ims@btopenworld.com

REUNIÓN ANUAL DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE URO-GINECOLOGÍA

28 de Junio al 2 de Julio de 2011

Lisboa, Portugal

Informes: office@iuga.org

2º CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (A.A.C.O.G.)



25 al 27 de Agosto, 2010

TEMARIO:

Esterilidad. Uroginecología. Células Madre. HPV, Anticoncepción, Patología Mamaria, Hipertensión y endocrinopatías en el embarazo. Infecciones, Ecografías, Sexología, Menopausia, Rejuvenecimiento, tc.

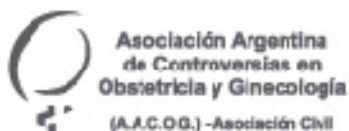
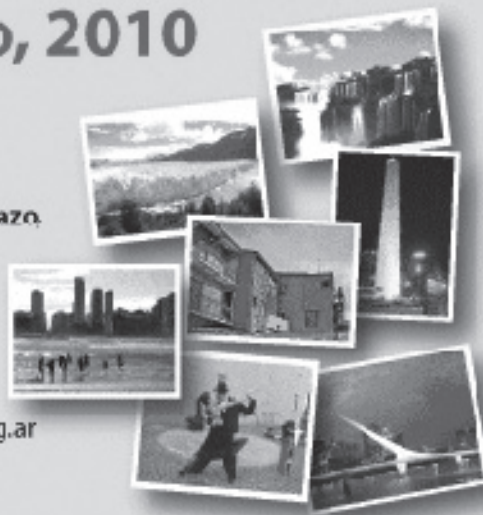
* Fecha límite de resúmenes para poster: 30 de junio 2010

Salón El Mirador:

Acoyte 754 Buenos Aires, Argentina

Mail: ahakim@fibertel.com.ar / info@aacog.org.ar

Web: www.aacog.org.ar



2º CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: 25 AL 27 DE AGOSTO, 2010
SALON EL MIRADOR - ACOYTE 754 (PARQUE CENTENARIO)
BUENOS AIRES - ARGENTINA

Nombre y apellido:
Ciudad: País:
E-mail: Matrícula:
Sociedad a la que pertenece:
Si desea asociarse firme a continuación:

Valores de inscripción al Congreso

Especialistas: U\$S 200
Médicos residentes, Obstétricas, Enfermeras, Estudiantes: U\$S: 100

NOTA: La inscripción incluye: Conferencias, Diálogos con Expertos, Área Comercial, Cocktail de inauguración y Recital Argentino de todos los tiempos.
Acto de cierre: Ágape y Show internacional de Ópera con tenores del Teatro Colón

Idioma oficial: Español

Mail: ahakim@fibertel.com.ar / info@aacog.org.ar / Web: www.aacog.org.ar

Firma: Adrección:

Editorial

EDICIONES MA

www.edicionesma.com.ar

Tirada de esta edición: 3500 ejemplares








Mirena[®]

Levonorgestrel

Confianza Endoceptiva que Perdura

Una Opción Confiable



-  Anticoncepción altamente eficaz hasta por 5 años^{1,2,3}
-  Confiable y reversible^{2,3}
-  Períodos menstruales más cortos, menos intensos y menos dolorosos^{4,5,6,7}
-  Ofrece beneficios terapéuticos adicionales^{2,3,4,7,8}
-  No produce cambios significativos en el peso corporal^{2,3,7}



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma





Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

Bienestar en Cada Píldora



yasmin®
3 mg drospirenona / 30 µg EE

Menos Peso. Mejor Piel.



**EL PRIMER
ANTICONCEPTIVO ORAL
CON DROSPIRENONA***

**ES TAMBIÉN
EL MÁS RECETADO
Y VENDIDO
EN ARGENTINA¹
Y EN TODO EL MUNDO²**

Más de 10,5 millones de mujeres
en el mundo prefieren Yasmin®
y el **95%** están satisfechas
y lo recomendarían a sus amigas^{2,3}

* Drospirenona
es droga original
de Bayer Schering Pharma

www.yasmin.com.ar
www.bayerscheringpharma.com.ar

Eficacia en vulvovaginitis



Gynormal[®]

ÓVULOS, COMPRIMIDOS Y CREMA



Trata y previene la reinfección
endógena y *exógena*

Rápido alivio del dolor y el ardor

Conveniente adhesión
al tratamiento de la mujer y la pareja

Presentaciones:

- Óvulos x 8.
- Comprimidos x 8.
- Crema x 40 g.



Servicio de Atención al Consumidor:
0800 333 0033 - info@andromaco.com.ar
www.andromaco.com



Andromaco



PROCREARTE

Más de 10 años de crecimiento sostenido como única institución de medicina reproductiva de alta complejidad que funciona en forma de red.

Procreatearte es un centro de alta complejidad que le permite al médico especialista o con interés en la especialidad, atender a su paciente en forma totalmente personalizada, creciendo así profesionalmente en un área de gran futuro y prestigio.

Procreatearte, la mejor infraestructura, tecnología y calidez humana para alcanzar junto a Ud. los mejores resultados.

PROCREARTE: 1500m² de estructura diseñada para su objetivo, con 3 laboratorios de FIV que funcionan simultáneamente - Presión positiva central y piso antibacteriano en la totalidad de áreas limpias - Quirófano - Sala de transferencia con video directo de la carga embrionaria - 5 salas de recuperación individuales - Sistema de video, transmisión directa -

Servicios: El servicio de genética y medicina molecular más desarrollado de Argentina y el Primer banco de Criopreservación de óvulos para maternidad diferida - FIV - ICSI - Maduración Ovocitaria in vitro - Criopreservación de embriones y blastocistos - Vitrificación de óvulos - Diagnóstico preimplantacional por PCR y FISH - Separación espermática por citometría de flujo.

PROCREARTE pone a su disposición el Centro más moderno y con mejor tecnología de Argentina, con tasas de embarazo comparables a los mejores centros de Europa. Llámenos al (54 11) 5530-5700 y un profesional lo asesorará. Consulte plan Jóvenes Profesionales con importantes beneficios y distintos modos de integración.



Sede Central: Bulnes 1104 esquina Tucumán - Tel.: (54 11) 5530-5700 - www.procreatearte.com - **7 sedes + 4 filiales** en el interior del país

Las **mujeres cambian,**
los **métodos anticonceptivos** también.



**NuvaRing es
una vez por mes.**

Anillo anticonceptivo
99% de efectividad*
Autoaplicable
Fácil de usar
Discreto



Próximamente.

NUVARING 



www.infoanticoncepcion.com.ar

Organon

Genentech - Plough

*Efectividad en el uso típico. Fuente: *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2002; 27: 495-500.
©2002 Organon, Inc. All rights reserved. 000010000000-00

Bagó & mujer

El amor empieza por cada día de mujer
con la máxima Calidad Bagó



Ya estamos en 30 países por la misma razón:
nuestra calidad.

www.bago.com.ar | www.maximad.com.ar

 **Bagó**
Despressante Embonacid

