

**Vol 5. Año 9. N° 1 // Agosto 2015**

**ISSN 1851-250X**

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



---

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

---

**(A.A.C.O.G)-Asociación Civil**

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

*vol 5 año 9 nº 1 // Agosto 2015*

**Comisión Directiva 2015-2016**

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

**Vocales Titulares**

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

**Vocales Suplentes**

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

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

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

Todos los derechos para A.A.C.O.G.

Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.

Email: [info@aacog.org.ar](mailto:info@aacog.org.ar)

Web: [www.aacog.org.ar](http://www.aacog.org.ar)

**ASOCIACION ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**

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



## **Resúmenes de Trabajos de Ginecología**

presentados en el

**7º Congreso Internacional  
9º Congreso Argentino  
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

**26 al 28 de Agosto de 2015**

	<b>Título Poster</b>	<b>Autores</b>	<b>Institución</b>
1	¿Qué conocemos como iniciación sexual?	Lic. Ahek, Mariana Elena; Lic. Jauregui, Natalia; Lic. Lobos, Ciria; Lic. Sosa, Maria del Valle	
2	Controversia terapéutica: Tumor neuroendócrino de cuello uterino	Glassmann, Rocio; Rolo, Ana Guadalupe; Amestica, Mariaguillermina; Aragona, Alejandro; Pesado, Analia; Retomozo, Jose; Bustos, Jorge.	Hospital F. D. Santojanni CABA
3	Cánceres multicéntricos - multifocales de mama. ¿Son de peor pronóstico?	Bevilacqua, Jose; Orozco, Maria Alejandra; Scursoni, Alejandra; Colatruglio, Marina; Wust, Andrea; Ostrowsky, Carlos.	Hospital Iriarte de Quilmes
4	Cánceres multicéntricos - multifocales de mama. ¿Es adecuada la clasificación TNM?	Bevilacqua, Jose; Petricevic, Miguel; Petruzzi, Andrea; Bueno, Maria; Scursoni, Alejandra; Ostrowsky, Carlos.	Hospital Iriarte de Quilmes
5	Carcinoma verrugoso de vulva.	Bevilacqua, Jose; Petricevic, Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Petrucci, Andrea, Scursoni, Alejandra; Ostrowsky, Carlos	Hospital Iriarte de Quilmes
6	Embarazo no deseado y anticoncepción	Alippi, Victoria; Bagozzi, Florencia, Barberis, Camila; Feuring, Natalia; Lago Cuentas Cynthia, Pedro, Noelia; Rodriguez, Daniela.	
7	Carcinoma lobulillar infiltrante de mama: una entidad de difícil diagnóstico	Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Colatruglio, Marina; Ostrowsky, Carlos; Ditloff, Lorena; Scursoni; Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
8	Quiste del conducto de NUCK: una entidad vulvar poco frecuente.	Ávila M.; Keklikian G.; Marendazzo P.; García Posleman J.; Sosa M.; Salinas J.	
9	Linfadenopatía por silicona en una paciente con prótesis mamarias	Dr. Podeley, G; Dr. Canton, E y Lic. Ochi, M L	Sanatorio Trinidad San Isidro, Grupo Médico Alem
10	Los criterios ecográficos del dispositivo intrauterino (DIU) normoinserito deberían ser reevaluados	Dr. Podeley, G. Dr. Canton, E. y Lic. Ochi, ML	Sanatorio Trinidad San Isidro, Grupo Médico Alem
11	Endometriosis extrapélvica: localizaciones poco frecuentes	Dr. Podeley, G. Dr. Canton, E. y Lic. Ochi, ML	Sanatorio Trinidad San Isidro, Grupo Médico Alem
12	Rol de la cirugía en amenorrea primaria	Jordan S, Cavanna M, Cannizzo F, Goberna A, Iuliano V, Newman M, Rodrogoez J, Elizalde R	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Ignacio Pirovano CABA
13	Mastopatía diabética en el hombre	Bistritsky D; Cannizzo F; Cavallero J; Tatti D; Newman M.; Elizalde R.	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Ignacio Pirovano CABA
14	Adenocarcinoma villoglandular de cérvix	Iuliano, V; De Nardo, B; Garcia del Carril, I; Ponce, G; Newman ,M; Elizalde, R	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Ignacio Pirovano CABA
15	Histeroscopia diagnóstica terapéutica en el HAC	Piffaretti R, Poledri M, Navarro V, Cortese	Hospital Aeronáutico Central
16	Reporte de cuatro casos de sífilis: tres secundarias y una latente	Demonte Marina, Varela D`Alessio Andrea, Gaibor Elizabeth, Rodríguez Daniel.	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Dalmacio Velez Sarsfield CABA
17	Enfermedad de Paget de la vulva	Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Petruzzi, Andrea; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra.	Hospital Iriarte de Quilmes
18	Características quirúrgicas e histopatológicas del carcinoma epidermoide de vulva.	Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Colatruglio, Marina; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra.	Hospital Iriarte de Quilmes
19	Correlación colpo-cito-histológica	Mariel Brutti, Denise Saika, Mauricio Poledri, Gabriela Cheroni, Mauro Ghersi, Verónica Navarro.	Hospital Aeronáutico Central

# ¿Qué conocemos como iniciación sexual?

Autora: Lic. Ahek, Mariana Elena, Lic. Jauregui, Natalia;  
Lic. Lobos Ciria; Lic. Sosa Maria del Valle

**Objetivo Principal:** Investigar y esclarecer de qué manera y a qué edad inician sus relaciones sexuales los adolescentes de nuestras áreas programáticas.

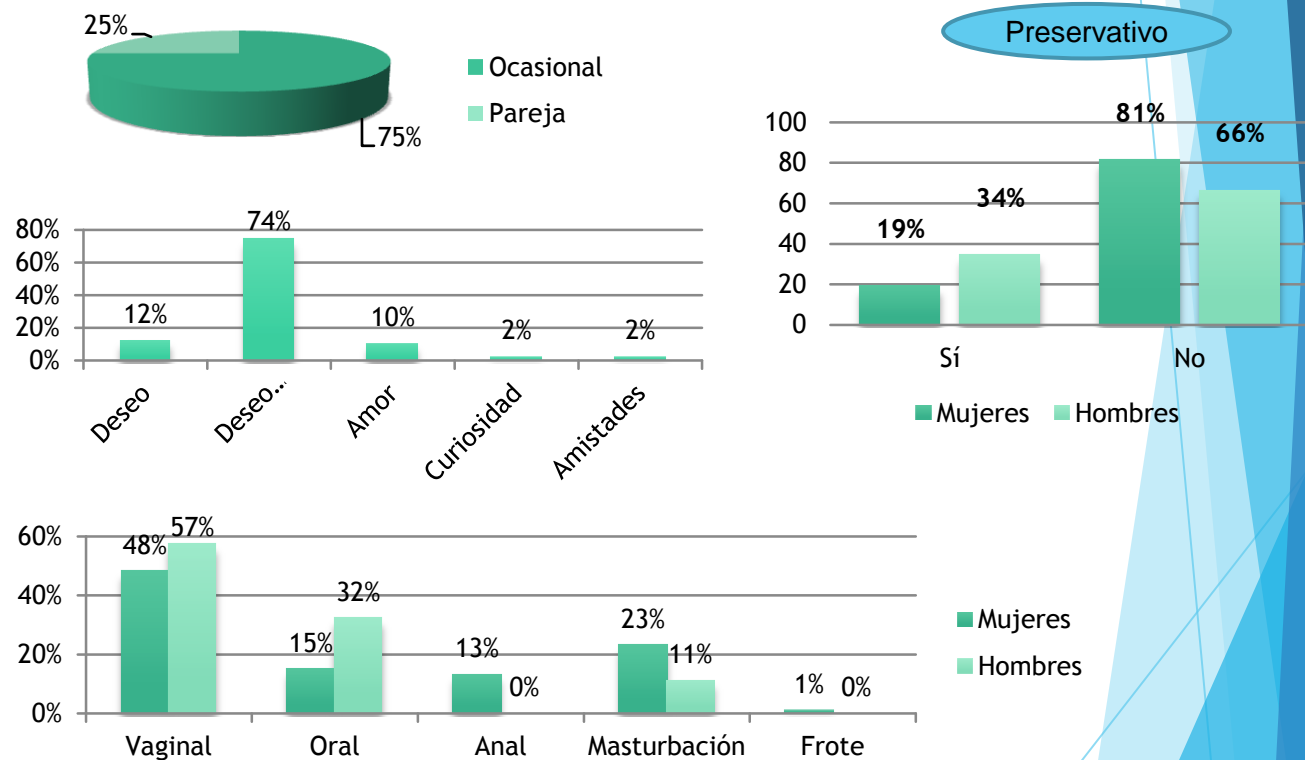
**Objetivos Específicos:**

- Conocer qué los motivo a iniciar las relaciones sexuales y en qué circunstancias lo realizaron.
- Establecer cuáles de las diversas formas de relacionarse sexualmente consideran como tal.
- Investigar la utilización de métodos de prevención de ETS.

## Materiales y métodos

**Diseño:**

- Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.
- Los datos fueron obtenidos a partir de 130 encuestas cerradas y anónimas, previo consentimiento verbal
- Durante los meses de Noviembre de 2014 a Abril de 2015, realizadas en el Club Doce de Octubre del Partido de San Martín.
- El análisis de los datos se realizó mediante el programa VCCstat V.Beta 2.0.



## Conclusiones

- Los encuestados han realizado en su mayoría prácticas sexuales de diferente tipo, aún sin considerarlas como tales. En cuanto a través de qué prácticas sexuales se inician los adolescentes tanto hombres como mujeres se inician mediante el sexo vaginal. Las mujeres en menor medida por la masturbación, sexo oral y anal. Los hombres por el sexo oral en menor medida y por último mediante la masturbación. Los datos nos muestra que las mujeres realizan todas las prácticas sexuales mencionadas, en cambio el sexo por frote y anal en los varones encuestados no lo practican.

# CONTROVERSIA TERAPÉUTICA: TUMOR NEUROENDOCRINO DE CUELLO UTERINO

HOSPITAL F. D. SANTOJANNI. CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES.

## AUTORES:

Glassmann, Rocío; Rolo, Ana Guadalupe; Améstica, María Guillermina; Aragona, Alejandro; Pesado Analía; Retamozo, José, Bustos, Jorge.

## INTRODUCCIÓN:

El carcinoma neuroendocrino de células pequeñas es un subtipo de tumor neuroendocrino de cuello uterino, junto con el carcinoma neuroendocrino de células grandes y tumores carcinoides. Se trata de un tumor raro (menos del 5% de los tumores de cuello) de mal pronóstico. Si bien no hay protocolos de tratamiento para estos tipos de tumores, el tratamiento en fase inicial parece ser la cirugía radical. La quimioterapia con o sin radioterapia se utiliza como adyuvancia en etapas tempranas en tumores de mal pronóstico o en etapas avanzadas. La experiencia limitada de un pequeño número de casos no permite una conclusión definitiva.

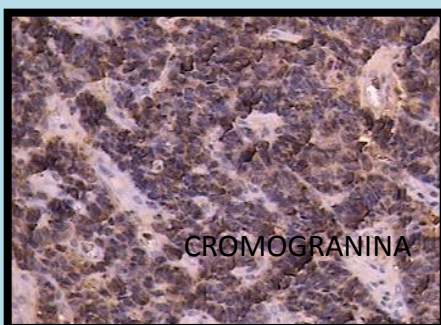
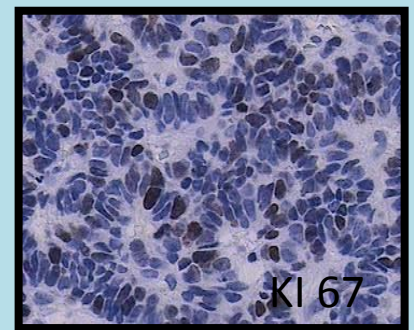
## OBJETIVOS

Describir un caso de controversia terapéutica del Servicio de Ginecología del Hospital Donación F. Santojanni.

## PACIENTES Y MÉTODOS

- ✓ Trabajo descriptivo y retrospectivo.
- ✓ Se utiliza como fuente de información la Historia Clínica de la paciente

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 44 años de edad, G2C2, con controles ginecológicos anuales hasta 2012, que presenta como único antecedente de importancia una cirugía por una Peritonitis Aguda. Refiere comenzar a principio del 2014 con sinusorragia de un mes de evolución, motivo por el cual consulta con su ginecólogo. Al examen colposcópico inicial: se visualiza gran masa exofítica sangrante, intentándose realizar Biopsias en dos ocasiones con resultados no concluyentes, por lo que se deriva a nuestra Institución en enero de 2015.



Se realiza Biopsia de cuello que informa: infiltración cervical correspondiente a carcinoma neuroendocrino de células pequeñas Cromogranina (+), Sinaptofisina (+), Ki 67(+ 80%), CK 5 (-), CD56 (+) débil. . Tacto rectovaginal: tumor exofítico de 8 cm, parametrios impresionan libres, vagina libre. Estudios de Estadificación Negativos. Estadio Clínico Según FIGO: IB2. Se realiza un ateneo Clínico Multidisciplinario, por lo que se decide comenzar el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con la cual se presume que habrá una buena respuesta debido a los altos índices de proliferación del tumor, con posterior Cirugía Radical.

## CONCLUSIONES:

Quisimos reportar un caso de presentación infrecuente. Existe poca evidencia científica sobre el tratamiento de este tipo de tumores que representan menos del 5% de los tumores que afectan al cuello uterino, lo que continúa planteando dilemas diagnósticos y terapéuticos.

## Bibliografía:

- 1-Carcinoid tumor of the vagina. ME Sánchez-Arca <sup>a</sup>, J Pérez Valcarcel <sup>a</sup>, AM Casal <sup>b</sup>, FI Íñiguez <sup>c</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo. España. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Comarcal de Monforte. Lugo. España.
- 2- Cáncer de cuello uterino con diferenciación neuroendocrina. Dres Andrea Paganì, Emilio Castagno, Marianna Rosasco, Mario Cancela, Carlos Salveraglio. Rev. Médica Uruguay. 1999.
- 3- Surgical treatment for neuroendocrine carcinoma of the uterine cervix T. Kasamatsu a, □, Y. Sasajima b, T. Onda a, M. Sawada a, T. Kato a, M. Tanikawa. Division of Gynecology, National Cancer Center Hospital, Chuo-ku, Tokyo, Japan Received 5 May 2007; received in revised form 6 June 2007; accepted 7 June 2007

# CÁNCERES MULTICÉNTRICOS-MULTIFOCALES DE MAMA ¿SON DE PEOR PRONÓSTICO?

Bevilacqua, José; Orozco, Maria Alejandra; Scursoni, Alejandra; Colatruglio, Marina;  
Wust, Andrea; Ostrowsky, Carlos

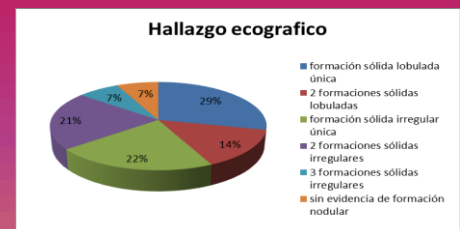
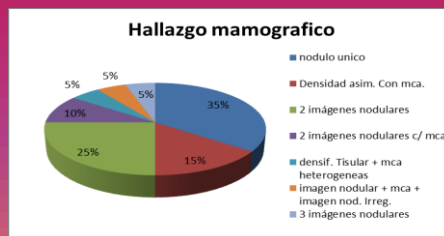
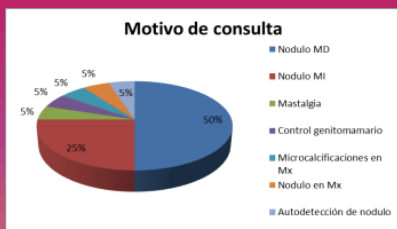
Servicios de Ginecología y de Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de mama (CM) puede manifestarse como tumor único o bien como tumores multicéntricos-multifocales (MC-MF). Se define multicentricidad como la presencia de 2 o más focos tumorales en distintos cuadrantes de la misma mama o a más de 5 cm del foco primario, y multifocalidad como la presencia de 2 o más focos tumorales en un mismo cuadrante y a menos de 5 cm del foco primario. La influencia de ambas situaciones como factor pronóstico es motivo de controversia.

**OBJETIVO:** Establecer las principales características clínico-patológicas de esta entidad, y si las mismas condicionaron una peor evolución de las pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 20 pacientes, atendidas en nuestro Servicio por dicha patología entre el 01-01-2004 y el 01-01-2014. Las variables estudiadas fueron: 1-Edad promedio de las pacientes con CM diagnosticados en igual período, 2-Motivo de consulta, 3-Metodología diagnóstica preoperatoria, 4-Las cirugías realizadas, 5-los hallazgos histopatológicos relevantes y 6-La evolución de las pacientes.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue 61 años (r: 36-83 a.). Diez mujeres (50%) consultaron por nódulo de mama derecha (MD), 5 (25%) por nódulo de mama izquierda (MI), 1 por mastalgia, 1 por control genitomamario, 1 por hallazgo de microcalcificaciones (mca) en mamografía de control (MxC), 1 por hallazgo de nódulo en MxC y 1 por dos nódulos palpables tras el autoexamen. La mamografía evidenció imagen nodular única (7 casos), densidad asimétrica con mca (3 casos), 2 imágenes nodulares (5 casos), 2 imágenes nodulares con mca (2 casos), densificación tisular más múltiples mca heterogéneas (1 caso), imagen nodular con mca más imagen nodular irregular (1 caso) y 3 imágenes nodulares (1 caso). Solo 14 mujeres realizaron ecografía mamaria, la cual permitió la observación de formación sólida lobulada única (4 casos), 2 formaciones sólidas lobuladas (2 casos), formación sólida irregular única (3 casos), 2 formaciones sólidas irregulares (3 casos), 3 formaciones sólidas irregulares (1 caso) y sin evidencia de formación nodular (1 caso). Debido al tamaño tumoral, se realizó punción tru cut en 3 casos y biopsia incisional en 1 caso, las cuales confirmaron el diagnóstico de carcinoma mamario. Esta patología requirió desde opciones quirúrgicas conservadoras como la biopsia radioquirúrgica (BRQ) hasta cirugías en más como la mastectomía tipo Madden. El informe histopatológico indicó un 75% de tumores MF y un 25% de MC. El 90% fueron carcinomas ductales invasores, 5% carcinomas lobulillares invasores y 5% mixto (carcinoma papilar invasor más carcinoma ductal invasor). La linfadenectomía axilar fue realizada en 18 mujeres, con un promedio de 12 ganglios resecaos (r: 4-25 GA), encontrándose compromiso ganglionar en el 77% de los casos. En las 2 pacientes restantes se realizó técnica del ganglio centinela (GC): en una fue negativo y en la otra el GC fue (+), con posterior vaciamiento axilar (VA) negativo (18 ganglios sin metástasis). Solo 4 pacientes (20%) debieron ser reintervenidas mediante mastectomía más VA (en 2 casos por multicentricidad y en otros 2 por bordes quirúrgicos sin márgenes de seguridad). En 11 pacientes pudo efectuarse un seguimiento promedio de 51 meses (r: 3-106 m); una de ellas presentó metástasis pulmonares a los 28 meses de su cirugía requiriendo quimioterapia, otra desarrolló un cáncer de mama contralateral por lo que se le efectuó una mastectomía con VA. Las 9 pacientes restantes no concurren a Mastología transcurrido el periodo postoperatorio inmediato por lo que se desconoce la evolución de las mismas.



**CONCLUSIONES:** Aunque se trata de una muestra limitada, con un alto porcentaje de pacientes sin controles posteriores a su cirugía (45%), la misma estuvo compuesta por un 50% de carcinomas ductales de grado intermedio/alto. Por otra parte, el 77% de las mujeres presentó compromiso ganglionar axilar. Si bien con estos datos no es posible sacar conclusiones definitivas, podemos inferir que las pacientes estudiadas presentaron al menos un pronóstico reservado.

# Cánceres multicéntricos-multifocales de mama: ¿Es adecuada la clasificación TNM?

Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Petruzzi, Andrea; Bueno, María; Scursioni, Alejandra, Ostrowsky, Carlos  
Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica del Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** En el 2012, el College of American Pathologist (CAP), edita un protocolo basado en la 7ª Edición de la Clasificación TNM de la AJCC/UICC, en el cual indica que para tumores multicéntricos-multifocales (MC-MF) de mama, el tamaño del T debe considerar al tumor de mayor tamaño y no a la suma del tamaño de los múltiples focos tumorales. Esta forma de clasificar es motivo de controversia, pues existen publicaciones que apoyan esta manera de realizarla, pero hay otros estudios que señalan que de esta forma se subestima el compromiso locoregional de la enfermedad, y por ende, la etapa clínica y el pronóstico de la misma.

**OBJETIVO:** Determinar si la recomendación actual del CAP puede resultar suficiente para clasificar a los tumores MC-MF de mama.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 20 pacientes atendidas en nuestro Servicio por dicha entidad entre el 01-01-04 y el 01-01-14. Se estudiaron las siguientes variables: 1- Porcentaje respecto al total de carcinomas mamarios diagnosticados en igual periodo, 2- Examen mamario al ingreso, 3- Los datos obtenidos por imagenología, 4- Las diferentes modalidades quirúrgicas efectuadas y 5- Los principales hallazgos anatómo-patológicos.

**RESULTADOS:** En el periodo mencionado se diagnosticaron en nuestro Servicio 402 carcinomas invasores de mama, correspondiendo a los tumores MC-MF el 4,9%. El examen mamario de ingreso permitió la detección de nódulo mamario palpable único (13 casos), 2 nódulos mamarios palpables (5 casos), 3 nódulos mamarios palpables (1 caso), mientras que una sola paciente presentaba nódulo mamario no palpable único. En el mastograma, la imagen más frecuentemente visualizada fue la de nódulo único (7 casos), seguida por la observación de 2 imágenes nodulares (5 casos) y densidad asimétrica con microcalcificaciones (3 casos). La formación sólida lobulada única fue la imagen más observada en la ultrasonografía mamaria (4 casos), seguida de la formación sólida irregular única (3 casos) y de la visualización de 2 formaciones sólidas irregulares (3 casos).

El examen histopatológico de las piezas quirúrgicas reveló un 75% de tumores MF y el resto de MC. El tipo histológico más frecuentemente hallado fue el carcinoma ductal invasor (90%), seguido del carcinoma lobulillar invasor (5%) y de un carcinoma ductal/papilar o sea de tipo mixto (5%). En 18 mujeres, el tamaño promedio del primer nódulo fue 2,5 x 2,1 x 1,6 cm y el del segundo nódulo fue 1,4 x 1,0 x 1,0 cm. En las 2 mujeres restantes se hallaron 3 nódulos en cada pieza quirúrgica. El tamaño promedio del primer nódulo fue 2,1 x 1,9 x 1,3 cm, el del segundo nódulo fue 1,5 x 1,05 x 0,85 cm y el del tercer nódulo 1 x 0,75 x 0,75 cm. El VA se realizó en 18 pacientes, presentando compromiso ganglionar el 77% de las mismas. Solo 1 de las 2 mujeres restantes presentó GC (+) con posterior linfadenectomía axilar negativa (18 ganglios sin MTS).

Tipo de cirugías	n° de casos
Bp radioqx MI	1
Tumorectomía amplia MI	1
Tumorectomía amplia MD	2
Tumorectomía amplia MD + GC	1
Tumorectomía amplia MD + VA	2
Tumorectomía amplia MI + VA	1
Cuadrantectomía MD + GC	1
Cuadrantectomía MD + VA	2
Cuadrantectomía MI + VA	3
BRQ MI + Cuadrantectomía MD + VA	1
Mastectomía simple MI + VA 1° nivel post-quimio	1
Mastectomía MI + VA	1
Mastectomía MI + VA post-quimio	1
Mastectomía MD + VA post-quimio	2

**CONCLUSIONES:** De todo lo expuesto surgen los siguientes interrogantes: ¿Podemos afirmar que resulta adecuada la recomendación del CAP que solo mide el nódulo de mayor tamaño para definir el T sin tener en cuenta la carga tumoral que representa el nódulo/s restante/s? Por otra parte, al momento actual es imposible determinar cuál de los nódulos generó metástasis en los ganglios linfáticos de la axila. Y si tomamos en cuenta solo al nódulo de mayor tamaño según el protocolo del CAP, ¿no estamos menospreciando la capacidad metastatizante del/los nódulo/s restante/s? De esta forma, ¿no estamos subestadificando esta enfermedad? Somos conscientes que estos planteos ponen en evidencia la necesidad de nuevos estudios que sirvan para reafirmar o modificar la clasificación vigente de los tumores MC/MF de la mama.



# CARCINOMA VERRUGOSO DE VULVA

**Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Petruzzi, Andrea; Scursoni, Alejandra; Ostrowsky, Carlos**

## **Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica del Hospital Iriarte de Quilmes**

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma verrugoso (CV), variedad del carcinoma epidermoide, constituye cerca del 1% de todos los cánceres de vulva. Afecta tanto a mujeres jóvenes como a postmenopáusicas, presentándose como una pequeña verruga excrecente o como una gran lesión verrugosa que comprime el tejido subyacente. Si bien se desconoce su etiología, se han detectado VPH tipos 6 y 11 en el tejido tumoral, no pudiéndose aún determinar si se debe a mera coincidencia o a un cofactor en la carcinogénesis. Aunque presenta un patrón de crecimiento exoendofítico, no se ha demostrado diseminación linfática locorregional ni a distancia. Histológicamente se caracteriza por ser un tumor bien diferenciado, de bajo grado de malignidad, con escasa atipia citológica y una evolución lenta. El tratamiento consiste en la escisión local amplia a fin de evitar recurrencias.

**OBJETIVO:** Describir los principales hallazgos clínico-patológicos de esta entidad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 6 casos atendidos en nuestro Servicio por dicha patología entre el 01-01-03 y el 01-01-12. Se incluyeron todos los casos de CV puros y se excluyó un caso de CV asociado a un carcinoma epidermoide de vulva. Las variables de estudio fueron: -Edad promedio de las pacientes, -localización de las lesiones, -tamaño promedio de las mismas, -cirugía implementada, -evolución de las pacientes.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes fue 33 años (r: 18-80 a.). Este tumor asentó en las siguientes localizaciones: Perianal (3 casos), labios mayores y horquilla vulvar (1 caso), labios mayores, menores, horquilla vulvar + periné + región glútea (1 caso) y labios mayores, horquilla vulvar + periné + ano (1 caso). El tamaño promedio de dichas lesiones fue 4 x 2 cm (r: 2 x 2- 6 x 2 cm). En 5 mujeres se realizó exéresis local amplia con margen libre de al menos 1 cm, mientras que una sola mujer no requirió cirugía pues su lesión remitió espontáneamente a los 3 meses del diagnóstico. Cabe acotar que 2 pacientes cursaban embarazo de 3 y 8 meses respectivamente al momento del diagnóstico, por lo que fueron sometidas a cesáreas electivas al término del embarazo. El seguimiento promedio de las pacientes fue 12 meses (3- 36 m.). En relación a la evolución, 3 mujeres dejaron de concurrir al poco tiempo de efectuado el tratamiento, una tuvo remisión espontánea de su lesión (ya mencionado), otra falleció por toxoplasmosis cerebral (VIH +) y solo una presentó recurrencia tumoral la cual fue tratada exitosamente con imiquimod.

### **CONCLUSIONES:**

- La edad promedio de nuestras pacientes fue 33 años.
- En nuestra serie, la localización más frecuente de este tumor correspondió a la región perianal.
- El tratamiento indicado es la exéresis local amplia.

# EMBARAZO NO DESEADO Y ANTICONCEPCION

AUTORES: Alippi, Victoria; Bagozzi, Florencia, Barberis, Camila; Feuring, Natalia; Lago Cuentas Cynthia, Pedro, Noelia; Rodriguez, Daniela.

## INTRODUCCION

Se define como embarazo no deseado a aquel que ocurre en un momento inoportuno o en una persona que no quiere reproducirse. La prevención del mismo está contemplada en la ley nº 25.673, de Salud Sexual y Procreación Responsable. La política de planificación familiar no significa restringir los nacimientos, sino una actuación responsable, que significa tener hijos deseados, que nazcan en condiciones apropiadas.

En los CeSAC nº 9 y 15, se encuentran disponibles una amplia oferta de métodos anticonceptivos. No obstante, se observa un alto porcentaje de embarazos no deseados, siendo éste el punto de partida del presente trabajo. Se establece de esta manera como objetivo principal determinar la prevalencia de embarazos no deseados y fallas en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres bajo control prenatal.

## MATERIALES Y METODOS

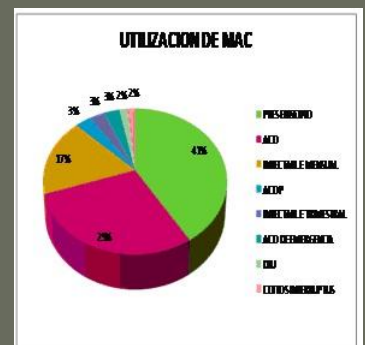
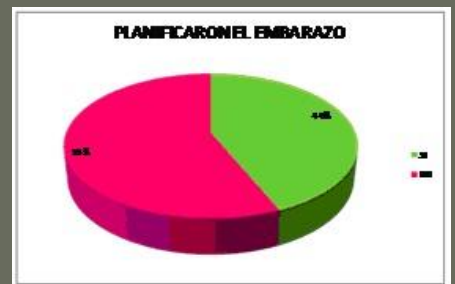
Diseño de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y de corte transversal. Los datos fueron obtenidos a partir de encuestas realizadas a las mujeres embarazadas bajo control prenatal, en los CeSAC Nº 9 y 15, correspondientes al área programática del Hospital Argerich.

## POBLACION

Se incluyen a las mujeres embarazadas bajo control prenatal que fueron encuestadas. Se excluyen aquellas pacientes que no concurren al control prenatal. Período comprendido entre el 16 de febrero de 2015 y el 30 de junio de 2015.

## RESULTADOS

Se estimó una prevalencia de embarazos no deseados del 56,45% (IC 95% 48,98-63,71). Se observa que el 66,13% (IC 95% 58,8-72,9) se trataba de mujeres entre 18-29 años. El 80,1% (IC 95% 73,62-85,6), se encontraban con pareja estable al inicio del embarazo. El 42,47 % (IC 95% 35,25-49,94) poseían como nivel de estudios, secundario completo, terciario incompleto o terciario completo. El 66,66 % (IC 95% 59,38-73,41) correspondía a mujeres que no cursaban su primer embarazo. De aquellas mujeres que lo deseaban, encontramos que el 75,31% (IC 95% 64,44-84,24) no realizó asesoramiento preconcepcional. En aquellas que no lo habían deseado, el 40% (IC 95% 30,5-50) no utilizaba ningún método anticonceptivo, el 50% (IC 95% 34,15-65,84) de ellas, no refirió ningún motivo por el cual no lo hacía, el 38,09% (IC 95% 23,53-54,4) no quería retirarlos, el 7,42% (IC 95% 1,45-19,51) no tenía tiempo para hacerlo, y sólo el 4,76% (IC 95% 0,53-16,18) no sabía que podía retirarlos. Por otro lado, se estableció que el 60% (IC 95% (49,95-69,46), sí había utilizado algún método anticonceptivos. Dentro de este grupo el 41,26% (IC 95% 28,97-54,41) utilizaban únicamente preservativo, el 28,57% (IC 95% 17,86-41,37) anticonceptivos orales combinados, el 17,46% (IC 95% 9-29,12) inyectable combinado, en cuanto a anticonceptivos orales e inyectables de sólo progestágenos y anticoncepción de emergencia cada uno de ellos representaba el 3,17% (IC 95% 0,35-11,02) y el 1,58 % (IC 95% 0,02-8,53) restante utilizaba DIU. Del total de mujeres que utilizaban anticoncepción hormonal, el 48,57 % (IC 95% 32,01-65,12) refirieron haberla utilizado de forma incorrecta.



## CONCLUSIONES

Resulta llamativo el escaso porcentaje de mujeres que realizaron asesoramiento preconcepcional, dado que se trata de una población adulta, con un nivel sociocultural adecuado, pareja estable, y que no era la primera vez que estaban embarazadas. Por otro lado el método más utilizado fue el preservativo, por lo que se concluye un mal uso del mismo o no uso en todas las relaciones sexuales; le siguen los anticonceptivos orales combinados y los inyectables mensuales, donde en ambos casos la mitad de las usuarias refirieron toma/aplicación incorrecta. Por último, cabe destacar la importancia y gravedad del alto porcentaje de mujeres que, sin desear embarazo, no utilizaba ningún método anticonceptivo. Es por esto que creemos que como obstétricas debemos fomentar el sentido de autorresponsabilidad de las mujeres en su salud sexual y reproductiva, promoviendo el autocuidado y el de su familia, ya que no sólo se pueden prevenir embarazos no buscados, sino también planificar aquellos que son deseados.

# CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE DE MAMA: Una entidad de difícil diagnóstico

Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Colatruglio, Marina; Ostrowsky, Carlos;  
Ditloff, Lorena (1); Scursoni; Alejandra (1)

Sección Mastología. Servicio de Ginecología. Hospital Iriarte de Quilmes  
Servicio de Anatomía. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma lobulillar infiltrante (CLI) representa entre el 5 y el 10% de los carcinomas de mama. La mayoría de los autores sostiene que la falta de una reacción desmoplásica en los CLI puede hacer que dicha patología sea difícil de diagnosticar, desde el punto de vista clínico e imagenológico, difiriendo así su identificación, y quizás esto explique porque presentan mayor tamaño que otros tipos histológicos al momento del diagnóstico y requieren por ende, de un mayor porcentaje de cirugías radicales.

**OBJETIVOS:** Analizar las principales características quirúrgicas y anatomopatológicas de esta entidad.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 26 casos de CLI puros, diagnosticados y tratados en nuestro hospital entre el 01-04-2001 y el 01-05-2014. Las variables estudiadas fueron las siguientes: -Edad promedio de las pacientes, -los principales hallazgos imagenológicos, -la distribución por estadios, -la metodología diagnóstica invasiva preoperatoria, -el porcentual de cirugías conservadoras/radicales, -los hallazgos histopatológicos relevantes y -las causas de reintervención quirúrgica.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las pacientes al diagnóstico fue 57 años (r: 34-85 a.). En el mastograma, la imagen más frecuentemente observada fue la opacidad nodular irregular en 11 casos (42%), seguida de la distorsión tisular en 3 casos (11,5%). La ecografía mamaria permitió el hallazgo de imagen sólida irregular en el 42% de las mujeres e imagen hipoecoica bien definida en el 7,6% de los casos.

Al realizar la estadificación, el 27% de las pacientes presentó Estadio (E) I, el 46% E II, el 23% E III y el 4% E IV.

En el preoperatorio, se realizaron 11 biopsias (bp) tru cut, 3 bp incisionales y 1 bp mamotome. Salvo en 1 caso de bp tru cut, el resto de los procedimientos confirmó el diagnóstico.

En 14 casos (53,8%) se realizó cirugía conservadora, mientras que sólo en 7 mujeres (26,9%) se efectuó cirugía radical (en 5 de ellas postquimioterapia neoadyuvante).

La técnica del ganglio centinela (GC) se realizó en 7 casos, siendo negativo en 3 y positivo en 4, por lo que prosiguieron con vaciamiento axilar (VA). Este último se efectuó en 15 mujeres, con un promedio de 14 ganglios axilares (GA) resecaados (r: 2-22 GA).

La histopatología de las piezas quirúrgicas identificó pT1 (0 a 1,9 cm) en 5 casos, pT2 (2 a 4,9 cm) en 7 y pT3 (5 cm o más) en 5 pacientes. Además se halló yP2 en 3 mujeres e yP3 en 2.

En relación al compromiso ganglionar axilar (GA), 9 pacientes tuvieron pN0, 3 presentaron pN1 (de 1 a 3 GA comprometidos), 5 tuvieron pN2 (de 4 a 9 GA afectados) y sólo 1 un pN3 (10 o más GA comprometidos).

Cinco pacientes (19,2%) debieron ser reintervenidas quirúrgicamente: una por recidiva en cicatriz de tumorectomía, otra por recidiva en cicatriz de mastectomía, otra por multicentricidad y 2 por márgenes quirúrgicos comprometidos.

**CONCLUSIONES:** -El 69% de las mujeres presentó al examen mamario de ingreso un E II/III.

-Pese a que esta patología suele presentarse con un gran tamaño tumoral, requiriendo un alto porcentaje de cirugías radicales, en nuestra serie pudo realizarse cirugía conservadora en el 53,8% de los casos.

-Se halló con mayor frecuencia un pT2 (tamaño tumoral de 2 a 4,9 cm) en 7 casos y un pN0 (sin compromiso ganglionar) en 9 casos.

# QUISTE DEL CONDUCTO DE NUCK: UNA ENTIDAD VULVAR POCO FRECUENTE



**Autores:** Ávila M.; Keklikian G.; Marendazzo P.; García Posleman J.; Sosa M.; Salinas J.

## INTRODUCCIÓN

Una invaginación del peritoneo parietal durante el desarrollo del canal inguinal da lugar a la formación del conducto de Nuck. Éste tiende al cierre espontáneo de forma fisiológica, aunque en ocasiones permanece permeable con la consecuente formación de quistes. El quiste del conducto de Nuck es una entidad infrecuente que aparece en niñas durante la infancia y más raramente en la edad adulta, con pocos casos descritos en la literatura. Suele cursar como una tumoración en región inguinal, asintomática en la mayoría de los casos, pudiendo presentarse simulando una hernia inguinal o crural incarcerada. El diagnóstico suele realizarse con estudios imagenológicos y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.



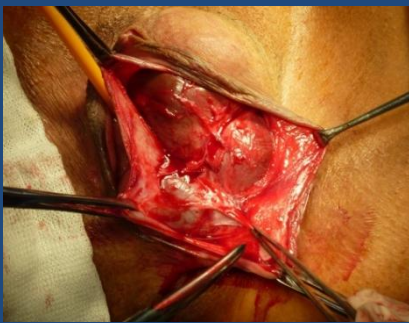
## CASO CLÍNICO

Paciente de 43, años consulta por tumoración en labio > izquierdo de dos de evolución.

**Al examen físico:** formación lobulada de 12 x 6 cm. que ocupa, de consistencia blanda indolora que impresiona de contenido líquido.

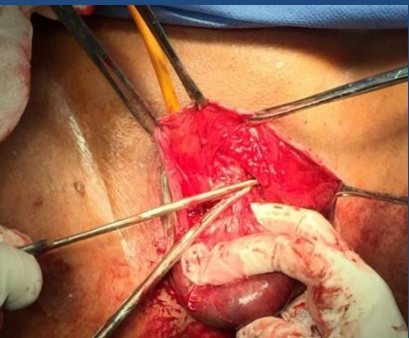
**Ecografía:** formación lobulada de 150 x 45 mm. hipocóica de bordes netos, compatible con quiste de retención.

Se resuelve mediante exéresis, con buena evolución en el postoperatorio.



## DISCUSIÓN

El quiste del conducto de Nuck, también llamado hidrocele de Nuck, tiene una baja incidencia. Aparece a menudo durante la infancia, aunque en ocasiones se diagnostica en pacientes en la edad adulta. En la mayoría de los casos el paciente se encuentra asintomático, o presenta una pequeña tumoración en la zona inguinal cercana a los labios mayores, de consistencia blanda, ligeramente dolorosa a la presión, que crece de forma progresiva en el tiempo. Cuando la tumoración es de gran tamaño puede proyectarse hacia la zona femoral y de los labios mayores, y a la exploración puede llegar a confundirse con una hernia crural incarcerada.



## CONCLUSIÓN

Ante una mujer joven pero también adulta como el caso nuestro que presente una tumoración en región inguinal o crural de consistencia blanda, cercana a los labios mayores, debemos realizar ecografía que nos permita un diagnóstico certero, distinguiendo entre una hernia inguino-crural incarcerada o un quiste de Nuck. También destacamos el tamaño del quiste en nuestro caso, ya que, la literatura habla de casos extremadamente raros con éste tamaño.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Caviezel A, Montet X, Schwartz J, Egger JF, Iselin CE. Female hydrocele: the cyst of Nuck. Urol Int. 2009; 82:242-5.
- 2 Park SJ, Lee HK, Hong HS, Kim HC, Kim DH, Park JS, et al. Hydrocele of the canal of Nuck in a girl: ultrasound and MR appearance. Br J Radiol. 2004; 77:243-4.
- 3 Bianchi A, Espin F, Pulido L, Fantova MJ. Endometriosis del conducto de Nuck. Med

# LINFADENOPATÍA POR SILICONA EN UNA PACIENTE CON PRÓTESIS MAMARIAS

*Dr. Podeley, G; Dr. Canton, E y Lic. Ochi, M L*

**Objetivo:** Transmitir la inquietud de la existencia de patología inusual explicada por la ruptura o filtraciones de la prótesis de silicona.

## **Pacientes y métodos:**

Mujer de 36 años, con adenopatías axilares izq., sin antecedentes médicos con implante mamarios 2 años antes.

Consulta por fiebre, flogosis y adenopatías múltiples en axila ipsi lateral.

Se realiza la biopsia por aspiración que drena el sitio donde se localiza la prótesis y se decide la resección quirúrgica de los ganglios con silicona.

**Resultados:** El estudio del tejido demostró una severa alteración con infiltración de macrófagos y células gigantes multi nucleadas, con notable vacuolización del citoplasma.

**Conclusiones:** Principalmente pensar en esta rara entidad clínica frente a una pte. con prótesis mamarias y adenopatías axilares sospechosas, utilizar métodos de diagnóstico auxiliares, plantear la resección quirúrgica y considerar asesoramiento legal.



# Los criterios ecográficos del dispositivo intrauterino (DIU) normo inserto deberían ser reevaluados?

Dr. Podeley, G. Dr. Canton, E. y Lic. Ochi, ML

**Objetivos:** Replantear y unificar los criterios clínicos y ecográficos para considerar un dispositivo intra uterino (DIU) insitu o no, conforme a la práctica ginecológica.

**Pacientes y Métodos:** Empleos de los criterios ecográficos de situación correcta del DIU, conforme al principio de Kratochwil que estableció que la distancia correcta del extremo superior uterino debe ser de 2cm o menos (medición tomada desde la serosa). A partir de esta distancia se habla se DIU descendido. No obstante se corrigió el criterio según Bernaschek que estableció que la distancia correcta seria aquella que no excediera el grosor de la pared uterina en más de 1/3 del fondo o de otro modo, cuando es menor de 4/3 del diámetro anteroposterior del útero. Pero según Schmidt debería tomarse la distancia y relación del orificio cervical interno (OCI) respecto al extremo inferior del DIU. Conforme al criterio clínico aceptamos la distancia del extremo inferior del DIU respecto al OCI valorado con transductor vaginal.



**Resultados:** Aceptamos el criterio de Schimdt en un estudio sobre 1372 mujeres a las que se le realizo 2565 ecografías entre ellas hallaron 81 casos en que el DIU se hallaba en el cérvix. Creemos que la apertura del canal cervical predispone a un evento frecuente (embarazo e infecciones uterinas), situación por la cual debe ser removido, no así el que está por encima del OCI independientemente de la distancia del fondo.

**Conclusión:** La distancia del extremo inferior del DIU respecto al OCI debe ser la condición que debería considerar el ginecólogo para la extracción del mismo. Dejando abierto a la discusión dicho criterio.

# ENDOMETRIOSIS EXTRAPELVICA: LOCALIZACIONES POCO FRECUENTES

Dr. G. Podeley, Dr. E. Cantón, Instr. M.L. Ochi

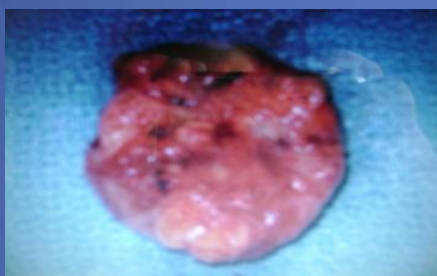
Lugar de realización: Sanatorio Trinidad San Isidro, Grupo Médico Alem. Bs, As.

Objetivos: Reportar seis casos de endometriosis extrapélvica de diagnostico dificultoso., poco frecuente.

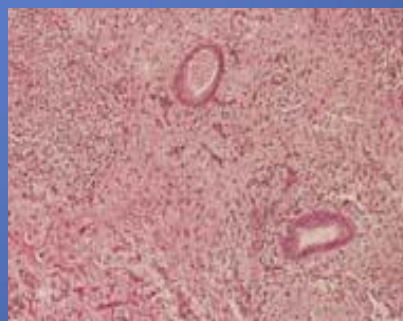
Pacientes y métodos: Seis casos diagnosticados y tratados en forma prospectiva con diagnostico de endometriosis: 2 en heridas quirúrgicas obstétrico ginecológicas (secundaria), 1 en ombligo (espontanea) y 3 en fosa nasal (espontanea),

Resultados: Las seis pacientes presentaron sintomatología disímil.

En las heridas quirúrgicas se manifestó como nódulo hipodérmico con intenso dolor coincidente con la menstruación asociado a dispareunia y dismenorrea.



El foco endometrioso umbilical presentaba sangrado cíclico indoloro sin antecedentes quirúrgicos.



Los otros tres casos restantes consultaron por epistaxis cíclica no teniendo antecedentes quirúrgicos.

Conclusiones: Su localización en la pared abdominal fundamentalmente en cicatrices quirúrgicas varía, según los autores, entre el 0.2% y 1%.

La endometriosis extrapélvica es una enfermedad de difícil comprensión, que puede ocurrir de manera independiente de la endometriosis pélvica y localizarse en cualquier órgano de la economía, con un comportamiento clínico variado. Solo la sospecha clínica y el estudio histopatológico permiten llegar a su confirmación. La endometriosis extrapelvica ocupa un 12% de la incidencia global siendo la umbilical sólo el 1% y la de localización nasal es aún menor.

# Rol de la cirugía en Amenorrea primaria

Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

Autores: Jordan S, Cavanna M, Cannizzo F, Goberna A, Iuliano V, Newman M, Rodroguez J, Elizalde R.

## INTRODUCCION

Se considera amenorrea primaria a la ausencia de menarca a los 15 años con presencia de caracteres sexuales secundarios, a los 13 años en ausencia de caracteres sexuales, o si transcurrieron 5 años de la telarca. El desarrollo mamario es el primer signo de exposición a estrógenos en la pubertad. La ausencia de útero sugiere alteraciones enzimáticas e indica presencia de hormona anti-mülleriana en un sujeto XY. Es fundamental el exhaustivo estudio de la paciente para el adecuado manejo terapéutico, y así lograr mejorar la calidad de vida.

## MATERIAL Y METODOS

Se presentan dos casos clínicos de pacientes que consultaron por amenorrea primaria, a las cuales, luego de distintos exámenes complementarios, se les diagnosticó Síndrome de Swyer, y de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. En ambas oportunidades se les realizó terapia quirúrgica.

	Caso 1	Caso 2
Edad	29 años	21 años
Fenotipo/caracteres sexuales 2º	Femenino / presentes	Femenino / presentes
Motivo consulta	Amenorrea primaria	Amenorrea primaria
Cariotipo	46 XY	46 XX
Diagnóstico	Síndrome de Swyer	Síndrome de Rokitansky
Tracto genital	Hipoplasia gonadal	Aplasia de útero y de los 2/3 superiores de vagina.
Patologías a descartar	Tumor ovárico maligno	Malformaciones renales, otológicas y esqueléticas.

## RESULTADOS

En el primer caso se propuso anexectomía bilateral por vía laparoscópica, de manera profiláctica, debido a su asociación con neoplasia ovárica; que se encuentra en el 25-30% de las pacientes.



En el segundo caso, el principal objetivo de la cirugía es mejorar la calidad de vida. Existen distintas opciones para crear una vagina funcional, tanto quirúrgicas como mecánicas. Se realizó una neovagina, de aproximadamente 10 x 4 cm, con posterior uso de tutor y estrógenoterapia local.

## CONCLUSION

En pacientes con amenorrea primaria es fundamental llegar al diagnóstico definitivo, y evaluar las distintas terapéuticas. El principal objetivo es disminuir el impacto psicológico y permitir una mejor calidad de vida. Para ello, el enfoque debe ser multidisciplinario; y el éxito de la terapéutica va a depender de la elección individualizada.



# MASTOPATIA DIABETICA EN EL HOMBRE

Autores: Bistritsky D; Cannizzo F; Cavallero J; Tatti D; Newman M.; Elizalde R.

## INTRODUCCIÓN

La mastopatía diabética es una lesión fibroinflamatoria de la mama poco frecuente. Representa el 1% del total de la patología benigna de la mama. Es más frecuente en mujeres premenopáusicas con diabetes mellitus tipo I, en el hombre es excepcional. La etiopatogenia es desconocida. El objetivo es reportar un caso clínico de baja incidencia, su presentación clínica y metodología diagnóstica.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente masculino, 49 años, consulta por nódulo en mama izquierda detectado en autoexamen hace 1 mes.

**Antecedentes Personales:** Diabetes mellitus tipo I, tabaquista de 15 cig/día hace 10 años.

**Antecedentes familiares:** Madre cáncer de mama a los 60 años.

**Exámen físico:** Aumento del volumen mamario izquierdo a expensas de nódulo retroareolar de 1cmx1cm, duroelástico, bordes mal delimitados, móvil e indoloro. No se palpan adenomegalias.



**Mamografía bilateral con prolongación axilar:** Asimetría de densidad glandular a nivel retroareolar izquierdo.

**Ecografía mamaria bilateral:** En area retroareolar izquierda imagen nodular sólida de 14 x 7 x 14 mm. No informa bordes.

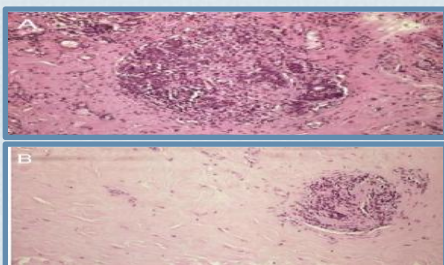
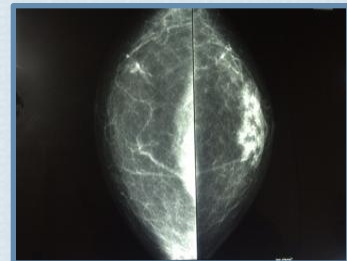
**Diagnóstico presuntivo:** Ginecomastia.



**Tratamiento quirúrgico:** Adenomastectomía izquierda

**Biopsia por congelación:** Marcada hiperplasia.

**Biopsia por diferido:** Mastitis linfocitaria. Estroma colágeno denso de aspecto queloideo con áreas de fibroblastos reactivos, algunos de aspecto epiteloideo y con características de miofibroblastos. Se observa además infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos maduros, de distribución perivascular, así como alrededor de lóbulos y conductos. En correlación con los antecedentes clínicos, podría corresponder a una mastopatía diabética.



## CONCLUSION

Es importante resaltar la asociación entre Diabetes Mellitus de larga data y el desarrollo de lesiones mamarias benigna fibroinflamatorias. La mastopatía diabética puede afectar a los hombre como a las mujeres, con diabetes mellitus de prolongada evolución.

Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

*Autores: Iuliano, V; De Nardo, B; Garcia del Carril, I; Ponce, G; Newman, M; Elizalde, R*

## INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es la neoplasia maligna de origen ginecológico más común. El 80 % de los casos, corresponde a carcinoma escamoso. Sólo 18 al 20 % a Adenocarcinoma.

El adenocarcinoma villoglandular es muy infrecuente. Su incidencia se estima entre un 2 y 3%.

A pesar de que los adenocarcinomas de cérvix se asocian a un evolución desfavorable, el manejo quirúrgico inicial de esta variante (villoglandular), debido a su buen comportamiento y excelente pronóstico, es conservador.

## MATERIAL Y METODOS

Se presenta el caso de una paciente de 36 años, G1Ab1, quien en control en salud, se le realizó colposcopia objetivándose exofitosis en labio anterior, alejada de canal, cuya citología cervical, arrojó diagnóstico de anomalías de células glandulares; decidiéndose toma de biopsia y legrado endocervical (LEC).

## RESULTADO

El cuadro morfológico y el perfil inmunofenotípico de la biopsia fueron compatibles con adenocarcinoma villoglandular; LEC sin atipia.

Se decide realizar conización cervical con asa LEEP de Elizalde seleccionada específicamente para este tipo de patología endoglandular.

El informe anatomopatológico indicó remanente focal de dicha neoplasia in situ, alejada de los márgenes, y vértice sin lesión.



## CONCLUSION

El adenocarcinoma villoglandular es una forma bien diferenciada de adenocarcinoma cervical. Se presenta en mujeres jóvenes (23 – 54 años) y debido a su excelente pronóstico, permite utilizar tratamientos que preserven la fertilidad. De elección resulta la conización, siendo ésta satisfactoria, si los márgenes de resección están libres de tumor, si la invasión es menor a 3 mm y si no existe infiltración vascular.

# Histeroscopia Diagnóstica y Terapéutica en el HAC.

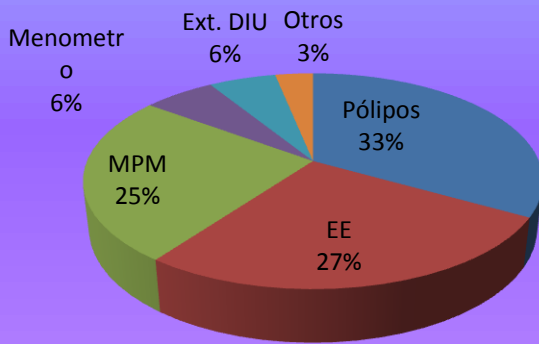
Autores: Piffaretti R, Poledri M, Navarro V, Cortese

**Introducción:** La HSC permite la evaluación de la cavidad uterina y del canal endocervical, facilitando no solo el diagnóstico de patologías endometriales por visualización directa, sino también en muchos casos, su tratamiento. *Alta S y E, fácil realización y bajo costo.*

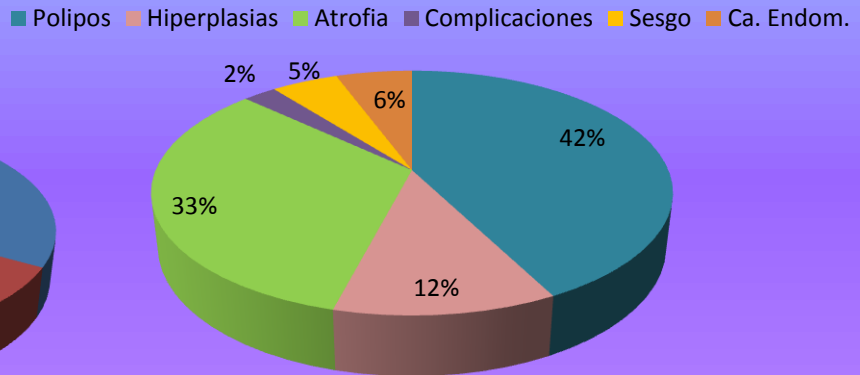
**Objetivos:** El objetivo es analizar y comparar las indicaciones y resultados de las histeroscopías en nuestro hospital, el diagnóstico ecográfico con los hallazgos histeroscópicos y los resultados de a. patológica en las pacientes sometidas a dicho estudio.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo que comprende un período de 8 años, desde Oct 2006 a Abril de 2014. **Se obtuvo un total de 283 pacientes (N).** Se incluyeron todas las pacientes que se estudiaron en esos años, no hubo criterio de exclusión. Edad promedio 52,4 años.

## Indicaciones

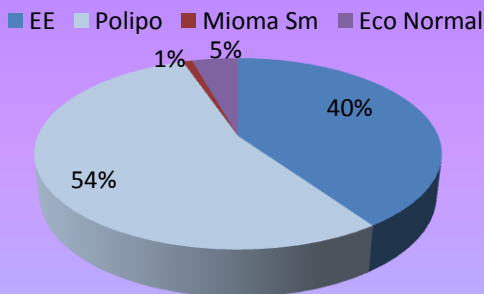


## Resultados

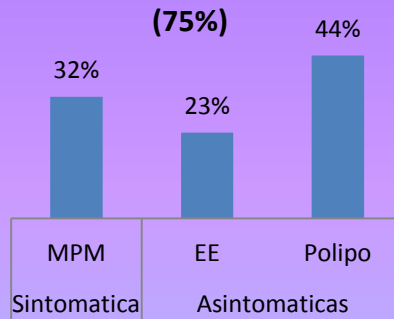


## AP: Pólipo 114 (42%)

### Eco previa informó:

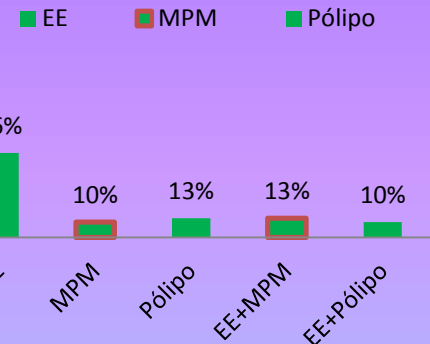


## Ptes menopáusicas 216 (75%)

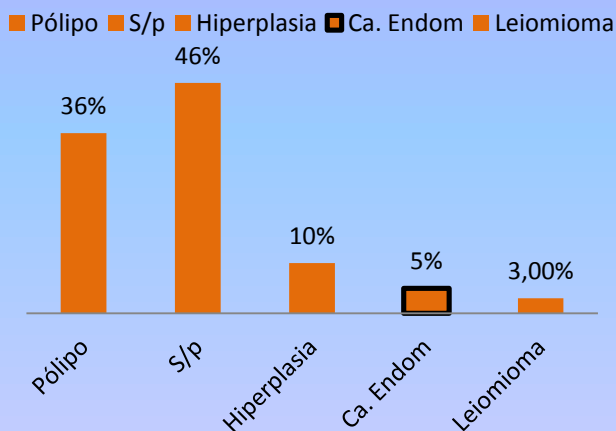


## Ptes en Tto con TMX 39 (14%).

### La indicación de HSC fue por:



## Pacientes con TMX, el rtado de AP fue:



## CONCLUSIONES:

En nuestro estudio la principal petición de HSC fue la sospecha ecografica de pólipos endometriales, y en 2do lugar el EE; entonces fue mas frecuente por el hallazgo ultrasonografico que por los síntomas, quedando la MPM en 3er lugar.

El hallazgo mas frecuente fueron los pólipos (42%), con un correlato ecografico previo a la hsc del 54%.

De las pacientes que hicieron HT con TMX (14%), la indicación del estudio fue ppalmente por EE, de todas estas un 46% presentaron una AP S/P, por lo que podemos decir que no es obligatorio el control del endometrio por eco. Y la relación entre TMX y Ca de Endom. es baja (5%).

Entonces en nuestra experiencia encontramos una concordancia aceptable entre la ecografia y la HSC.

# REPORTE DE 4 CASOS DE SÍFILIS: 3 SECUNDARIA Y UNA LATENTE.

HGA Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield.

Servicio de Ginecología. Sección de PTGI Y Colposcopia.









Autores: Demonte Marina, Varela D'Alessio Andrea, Gaibor Elizabeth, Rodríguez Daniel.

## INTRODUCCION

La incidencia de la sífilis está en aumento. Se la describe asociada a la drogodependencia, inaccesibilidad a la consulta médica, el inicio sexual precoz y la prostitución juvenil. Existen 4 fases. La 1ª (chancro 1º), la 2ª (lesiones mucocutáneas), la latente (asintomática) y la 3ª (afección cerebral, nerviosa, ocular, cardíaca, hepática, articular, ósea y vascular). El agente causal es el Treponema Pallidum. Se la considera una entidad facilitadora de la adquisición de HIV. El tratamiento de elección es la Penicilina G parenteral, la cual sigue siendo altamente efectiva. **Objetivos** : Describir 4 casos clínicos de sífilis.

## MATERIAL Y METODOS

Descriptivo observacional. Reporte de 4 casos clínicos de sífilis.

Variables	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
EDAD	15 años.	18 años.	21 años.	20 años.
Motivo de consulta	Lesiones vulvares indoloras de 10 días de evolución.	Lesiones vulvares indoloras de 7 días de evolución.	Lesiones vulvares indoloras de días de evolución.	Lesiones + dolor vulvar de 5 días de evolución.
IRS	14	16	14	17
NPS	1	4	9	10
ETS	No	No	No	No
MAC	Ninguno	ACO	ACO	Preservativo 
Drogas	NO	NO	No	NO
VULVOSCOPIA	Condilomas planos algodonosos.	Condilomas planos algodonosos. En región glútea úlcera de bordes sobreelevados y base limpia (chancro primario).	Condilomas planos algodonosos vulvares y perianales.	Vesículas destechadas confluentes, algunas sobreinfectadas Vulva eritematosa, edematosa (celulitis vulvar).
Cérvix/Vagina	Sin lesiones.  	Sin lesiones.  	Sin lesiones  <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">Cursa embarazo de 28 semanas.</div>	Sin lesiones.  <b>Colpofotografía:</b> 
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block; background-color: yellow;">Se solicita VDRL (por guardia en 3 casos) y serologías HIV, hepatitis b y c.</div>	<b>RESULTADOS</b> → 3 casos de sífilis 2ª y uno latente.			

Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
VDRL 64	VDRL 256	VDRL 64	VDRL 32 dils.
FT-ABS + HIV, HVB, HVC NR.	FT-ABS + HIV, HVB, HVC NR.	FT-ABS + HIV, HVB, HVC NR.	FT-ABS + HIV, HVB, HVC NR.

## CONCLUSIONES

Creemos que ante lesiones compatibles y VDRL reactiva a títulos elevados debe instaurarse el tratamiento precozmente y citar a los contactos sexuales para evitar la diseminación de la enfermedad, debido a la alta infectividad de las lesiones primarias y secundarias. Así mismo recomendamos que ante diagnóstico de una ETS, se complete protocolo de pesquisa (HIV, VDRL, Hepatitis b y c).

Con resultado de VDRL se indica Penicilina Benzatínica 2,4 millones intramuscular semanal. Total 3 dosis. Al caso 4 se le indicó previamente Aciclovir 2 gr/ día por 5 días + AMC 1 g/d por 1 sem.



# ENFERMEDAD DE PAGET DE LA VULVA

Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Petruzzi, Andrea;  
Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

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

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Paget de la vulva (EPV) es una lesión eritemato-escamosa que simula eccema o candidiasis. Esta entidad es poco frecuente y predomina en mujeres postmenopáusicas. El diagnóstico debe confirmarse mediante biopsia, pues un 25% de los casos se asocia a carcinoma subyacente.

**OBJETIVO:** Presentar un caso de EPV diagnosticado en una paciente de 64 años, atendida en nuestro hospital en el año 2005.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Presentación de caso clínico.

M.T., HC: 4.441.662. Paciente diabética, sin antecedentes familiares de importancia, que consulta el 27-04-2005 por prurito y ardor vulvar resistente al tratamiento médico. Al examen vulvar presenta en labio mayor derecho, una lesión eritemato-erosiva de aproximadamente 2 cm por lo que se realiza biopsia, obteniéndose un fragmento cuneiforme de 0,5 cm y cuyo diagnóstico fue el de "lesión histológica compatible con EPV" (Prot. 892-05). El 14-09-05 se le realiza R.U.F. por metrorragia de la postmenopausia, obteniéndose un resultado normal (Prot. 1903-05). El 01-12-05 se le efectúa vulvotomía simple presentando postoperatorio de evolución favorable.

**RESULTADO:** El examen macroscópico del espécimen quirúrgico informa: "Pieza de 16 x 7 cm con lesión en hemivulva derecha de 5 x 3,5 cm, de bordes irregulares, blanco perlada". El estudio histológico (Prot. 2522-05) informa: "Enfermedad de Paget de la vulva, extensa, con diseminación intraepidérmica en ambas hemivulvas e incipiente invasión dérmica en el lado derecho. Diseminación neoplásica en conductos sudoríparos y en algunos acinos apócrinos. El borde de sección quirúrgica inferior pasa en el lado derecho por piel con diseminación neoplásica epidérmica". Por tal motivo, el 27-04-06 se le realiza ampliación de vulvotomía, cuya macroscopía informa: "Pieza de 5 x 2,5 cm con lesión epidérmica de bordes irregulares, blanca, deprimida en el centro de la misma". El estudio histológico (Prot. 0938-06) informa: "Pieza de resección de vulva con hiperplasia epidérmica y alteraciones de tipo cicatrizal en dermis e hipodermis a nivel de la zona quirúrgica previa. No se observan restos de tumor". Tras 10 años de seguimiento, la paciente se encuentra libre de enfermedad.

## CONCLUSIONES:

- La EPV es una enfermedad cuyos signos no son específicos.
- El diagnóstico es histológico: debe hacerse biopsia.
- Las recurrencias son frecuentes y se tratan con exéresis local.



Blaustein.  
Sexta Edición. Pág. 81

# CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS E HISTOPATOLÓGICAS DEL CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE VULVA

Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Colatruglio, Marina; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra (1)

Servicio de Ginecología. Hospital Iriarte de Quilmes  
(1) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de vulva (CV) representa el 4% de los cánceres ginecológicos. Predomina en la postmenopausia, siendo su síntoma más frecuente el prurito. En el 90% de los casos son de origen escamoso, localizando en las 2/3 partes en la zona labial o lateral. En estadios iniciales, el CV es un tumor altamente curable.

**OBJETIVO:** Describir las principales características quirúrgicas e histopatológicas del carcinoma epidermoide de vulva (CEV).

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 10 casos de CEV diagnosticados y tratados en nuestro hospital entre el 01-01-2001 y el 31-12-2014. Se estudiaron las siguientes variables: 1-Edad promedio al ingreso, 2-La localización tumoral, 3-El tamaño tumoral promedio (Clínico), 4-Las cirugías efectuadas, 5-El número promedio de ganglios inguinales (GI) resecaados, 6-La evaluación histológica del tamaño tumoral (pT) y del compromiso ganglionar (pN), 7-El grado de diferenciación de estos tumores, 8-Las recidivas y 9-El seguimiento y evolución de las pacientes.

**RESULTADOS:** La edad promedio de las mujeres fue 69 años (r: 63-83 a.). El 60% de los tumores presentaron localización lateral y el resto central.

El tamaño tumoral promedio (Clínico) fue 2,4 x 1,6 cm (r: 1 x 0,5 cm – 4 x 3 cm).

Se realizaron las siguientes cirugías: Vulvectomía simple (20%), hemivulvectomía más biopsia del ganglio centinela (10%), vulvectomía radical (VR) más linfadenectomía inguinal homolateral (LIH) (30%) y VR más linfadenectomía inguinal bilateral (LIB) (40%).

El número promedio de ganglios linfáticos resecaados en la LIH fue 8 (r: 1-15 GI), mientras que en la LIB fue 19 (r: 9-28 GI).

El estudio histopatológico del tamaño tumoral (pT) y del compromiso ganglionar (pN) informó el hallazgo de pT1/pN0 (2 casos), pT2/pNx (2 casos), pT2/pN0 (5 casos) y de pT3/pN1A (1 caso). Un 40% de las pacientes presentó CEV bien diferenciado, un 40% CEV semidiferenciados, mientras que en el 20% restante no se consignó el grado histológico.

El 30% de las mujeres presentaron recidivas, 2 de ellas en vulva (requirieron nueva cirugía) y 1 en vagina.

El tiempo promedio de seguimiento de las pacientes fue 45 meses (r: 6-120 m.); 3 de ellas permanecen vivas, 1 falleció por su recurrencia en vagina, mientras que se desconoce la evolución de las 6 restantes.

## CONCLUSIONES:

La edad promedio de nuestras pacientes fue 69 años.

Si bien no hay una cirugía estándar, debe efectuarse el tratamiento más conservador que posibilite la cura de la enfermedad.

A pesar de que el CEV puede evidenciarse precozmente, aún existe un retraso significativo en su diagnóstico.





# Correlación colpo-cito-histológica

**Autores:** Mariel Brutti, Denise Saike, Mauricio Poledri, Gabriela Cheroni, Mauro Gherzi, Verónica Navarro  
**Institución:** Hospital Aeronáutico Central

## INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es una patología prevalente en nuestro país diagnosticándose 4000 casos nuevos al año. Tiene una asociación de más del 99 % con el virus del papiloma humano (HPV). El tamizaje de lesiones precursoras mediante citología reduce en más del 80 % la incidencia del cáncer cervical.

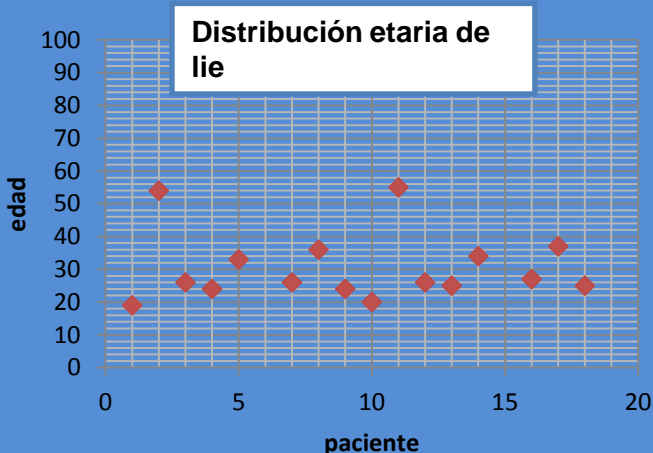
## OBJETIVOS

- Correlacionar la citología y las imágenes colposcopias sospechosas con los resultados de la histología.
- Determinar prevalencia de infección según rango etario.

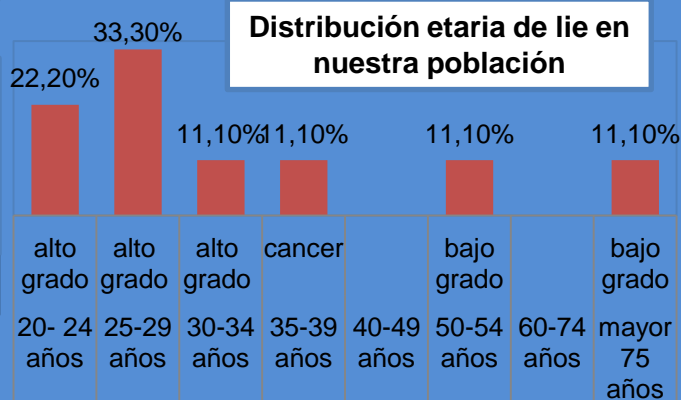
## MATERIALES Y METODOS

Análisis retrospectivo de 18 pacientes con lesión intraepitelial desde enero de 2014 hasta enero 2015 en Hospital Aeronáutico Central. Se evalúa la relación entre citología, colposcopia y biopsia de cuello uterino.

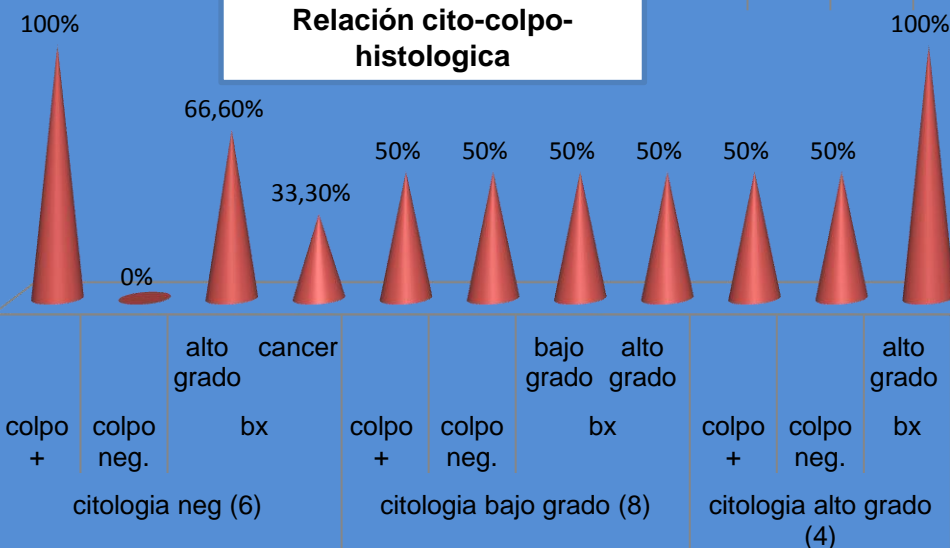
## RESULTADOS



- Edad promedio: 37 años
- Mayor distribución etaria: 20-30 años



## Relación cito-colpo-histológica



## CONCLUSIONES

- En nuestro medio, la mayor distribución de lie de alto grado se observa entre los 20 y 30 años.
- La citología de alto grado tiene alta correlación con la histología.
- La colposcopia requiere de un operador entrenado para su correcta utilización.