

Vol 6. Año 11. N° 2 // Agosto 2017

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 6 año 11 nº 1 // Agosto 2017

Comisión Directiva 2015-2017

Presidente	Dra. Claudia Andrea Gonzalez
Vicepresidente	Dra. Claudia Roxana Scalise
Secretario	Dra. Nidia López
Prosecretario	Dra. Silvana Arena
Tesorero	Dr. Martín Rotella
Protesorero	Dra. Verónica Paula Iuliano
Secretario de Actas	Dra. Verónica Mendez

Vocales Titulares

Dra. Susana Moggia
Dra. Elida Rodriguez
Dra. Laura Maffei
Dr. Ignacio Perez Tomasone
Dra. Alejandra Belardo
Dr. Jorge Bustos

Vocales Suplentes

Dr. Alejandro Ariel Hakim
Dra. Silvia Orenstein
Dra. Ángela Gómez
Dra. Delfina Tatti
Dra. Ursula Tevez
Dra. Marta Tutzer

Revisor de Cuentas Titular Dra. Victoria Fazio

Revisor de Cuentas Suplente Dra. Clara Gómez Lisarrague

**Comisión de Relaciones
Institucionales** Dr. Héctor Pedro Couto
Dr. Damián Serrano
Dra. Graciela Scagliotti

Comisión de Página Web 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

Web: 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

**9º Congreso Internacional
11º Congreso Argentino
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

30 y 31 de Agosto de 2017

	Titulo Poster	Autores	Institución
36	Trastorno por Atracón y su Asociación con Factores Psicofísicos	Squillce, C, Alorda B, Basabilbaso, J, Daurat, M, Feijoo, M, Nacke, DI, Torresani ME.	1º Cátedra de Dietoterapia del Adulto de la Carrera de Nutrición Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA);
37	Cáncer de mama en el hombre. Reporte de 10 casos	Orban S, Carrasco M, Gon C, Arias C, Sanchotena V, Maltagliatti D, Garbovesky C, Flaks D	Hospital Oncológico Municipal Marie Curie
38	Análisis Clinicopatológico de los Carcinomas Neuroendócrinos del Cérvix Uterino	Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Petruzzi, Andrea; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
39	Tumores del Músculo Liso con Potencial Maligno Incierto	Bevilacqua, José; Abalsamo, Rosina; Colorado, Klinton; Schieda, Victoria; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
40	Adenocarcinoma Invasor de Cuello Uterino	Bevilacqua, José; Petruzzi, Andrea; Cerignale, Florencia; Elvira, Jaqueline; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
41	Hiperparatiroidismo Primario: Formas de Presentacion y Evolucion Postquirurgica	Premrou, MV; Eugenio, ML; Faraldo, MJ; Pelegrin C; Pozniak S, Talarico A; Maffei, L.	Maffei Centro Medico
42	Tumor de Krukenberg. A Propósito de un Caso	Gomez Vara V., Santarella C., Baquerizo N., Tatti D., Filippo H., Newman M.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
43	Tumor Borderline de Ovario	Gomez V., Baquerizo N., Casas M., Garcia del Carril I., Newman, M.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
44	Sarcoma Sinovial de Vulva. Reporte de un Caso	Codoni Mj; Guallan F; Bianchi Fl; Ramilo Tp; Garcia Balcarce Tm; Habich D; Castaño Re	Hospital Alemán
45	Mastitis Crónica Granulomatosa Idiopática: A propósito de Un Caso Clínico y Revisión Bibliográfica	Demonte M; Serchenko A; Sosa P; Carini M; Antico G; Alonso G; Gutiérrez C; Rodríguez D.	Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield
46	Inyección de materiales aloplásticos en la glándula mamaria. Caso clínico	Solucci C., Silva S., Newman M., Olivares G., Recaman N., García del Carril I.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
47	Deseo Sexual, Nuestra Experiencia	Solucci C.; Silva S.; Recaman N.; Corazza F.; Newman M	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
48	Premenopausia y Cáncer de Endometrio	Gomez Vara V., Santarella C., Jordan S., Tatti D., Newman M.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

	Titulo Poster	Autores	Institución
49	Oportunidades Perdidas: Control Integral de la Mujer	Lic. Ahek, Mariana Elena, Lic. Ferreira Cortez Fernanda, Dra. Toledo Ana Inés	Centro de Atención Primaria N°9 Billinghamurst. Partido Gra. San Martín. Pcia. de Buenos Aires
50	Carcinoma Escamoso de Vulva. A Proposito de un Caso.	Raya, SM; Kunzi, G; Fuleston, R; Garcia, AD; Gimenez, DA; Ramirez Picollo, C	Hospital Ramos Mejía
51	Satisfacción Sexual. Algunos Factores Influyentes.	Solucci C., Silva S., Casas A., Jordan S., Corazza F., Newman M.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
52	Patología Vulvovaginal en Niñez y Adolescencia	De Mori N., Pereyra C., Savransky K., Tomaseli M.R., Domínguez E.	Hospital Magdalena V. Martinez de Pacheco / Hospital de Clínicas José de San Martín
53	Consideraciones en el Asesoramiento Genetico a una Familia de Ascendencia Judío Ashkenazi: Mutaciones En Genes BRCA1 Y BRCA2	M Biasutto, B Masotto, R Cerretini, G Mercado	Centro Nacional de Genética Médica "Dr Eduardo E. Castilla"
54	Anomalías del Cromosoma X: Variabilidad Fenotípica	De Victor J., Martínez C., Tardivo A., Segovia M..	Centro Nacional de Genética Médica "Dr Eduardo E. Castilla"
55	Sindrome de Perrault: A Proposito de un Caso	Bevilacqua F., Martinez CR., Damia AL., Ruggiero C.	Centro Nacional de Genética Médica "Dr Eduardo E. Castilla"
56	Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes. Estrategias de Abordaje en el CESAC 6	Dra. Tomaselli, MR; Dra. Guillermon, Lic. A; Szwarcman, E Dr. Pardini, M; Lic. Moris, G	Hospital P. Piñero
57	Análisis Comparativo entre los Carcinomas Mucinosos Puros y Mixtos de la Mama	Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Mendoza, Mercedes; Petruzzi, Andrea; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
58	Cáncer Epidermoide de Cuello Uterino E IIIB ¿Tratamiento adecuado o necesidad de un cambio de paradigma?	Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Fonseca, Mariela; Sgarzini, Celeste; Ostrowsky, Carlos	Hospital Iriarte de Quilmes
59	15 Casos de Carcinoma Cervical Escamoso Invasor en Mujeres Menores a 34 años. Nuestra experiencia.	Dres. M. I. Demonte, G. Antico; V. Vargas Leytón; P. Ansotegui; D.A. Rodríguez.	Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield
60	Evaluación de una población de pacientes con osteoporosis luego de la suspensión del tratamiento con Denosumab	Premrou MV, Alvarellos M, Cuccia M, Eugenio ML, Faraldo MJ, Fernández AC, Segura E, Maffei L. Maffei Centro Medico. CABA	Maffei Centro Medico
61	Epidemiología y fenotipo en pacientes con indicación de Ganglio Centinela	Ramirez Picollo, C; Kunzi, G; Raya, SM; Bravo, C, Holub, P; Gimenez, D; García, AD; Allende, N.	Hospital Ramos Mejía



TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES PSICOFÍSICOS

Autoras: Squillce, C, Alorda B 1, Basabilbaso, J, Daurat, M, Feijoo, M, Nacke, DI, Torresani ME.

1º Cátedra de Dietoterapia del Adulto de la Carrera de Nutrición Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires (UBA);
Proyecto UBACYT 2014-2017

Introducción

Durante las últimas décadas los trastornos de la conducta alimentaria aumentaron su prevalencia en el mundo occidental. Dentro de ellos se encuentra el Trastorno por Atracón (TA), reconocido como tal oficialmente en el año 2013 con la publicación del DSM-V.

Objetivo

Conocer la prevalencia de TA en mujeres adultas y su asociación con factores psicofísicos como el estado nutricional, hábito tabáquico, actividad física, distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, depresión y ansiedad.

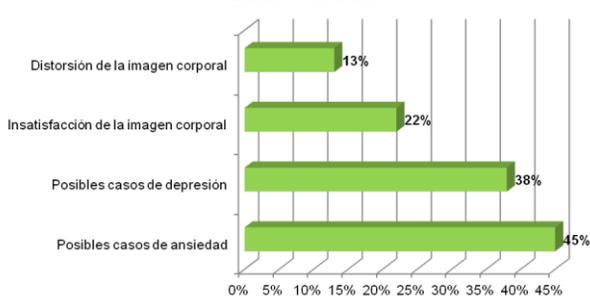
Metodología

Se realizó un estudio prospectivo transversal en 125 mujeres adultas entre 45-65 años, durante un lapso de tiempo comprendido entre julio y agosto de 2016. Las variables estudiadas fueron: TA (inexistencia de comportamiento de atracón, presencia de un moderado comportamiento de atracón y presencia de un severo comportamiento de atracón), índice de masa corporal, circunferencia de cintura, hábito tabáquico, actividad física, distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, depresión y ansiedad (probable presencia/ausencia). Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 19.0, estableciendo medidas de tendencia central, X^2 o Prueba de Fisher según el tamaño muestral y Kendall tau con un nivel de significancia $p < 0,05$.

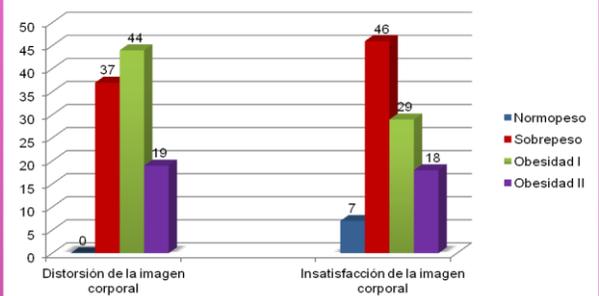
Resultados

- ✓El 49,6% presento sobrepeso/obesidad.
- ✓El 65,6% de las mujeres presento riesgo cardiometabólico aumentado o muy aumentado.
- Un 25% de la muestra era fumadora y un 43% sedentaria.
- ✓Un 37,5% presento distorsión de la imagen corporal y un 39,29% insatisfacción de la misma.
- ✓La prevalencia de TA fue del 21,6%.

Prevalencia de los factores psicológicos asociados al trastorno de atracón



Prevalencia de distorsión e insatisfacción de la imagen corporal asociada al estado nutricional



Conclusiones

A mayor índice de masa corporal (IMC), circunferencia de cintura (CC) e insatisfacción de la imagen corporal, mayor posibilidad de sufrir TA. Mujeres con un posible cuadro de depresión tendrían más riesgo de padecer TA.

El TA se asoció significativamente con el estado nutricional, la insatisfacción de la imagen corporal y la posible depresión ($p < 0,05$)



Cáncer de mama en el hombre

Reporte de 10 casos



ORBAN S, CARRASCO M, GON C, ARIAS C, SANCHOTENA V, MALTAGLIATTI D, GARBOVESKY C, FLAKS D

Patología Mamaria del Hospital Oncológico Municipal Marie Curie

soleorban@hotmail.com

Introducción: El cáncer de mama en el hombre es poco frecuente, representando menos del 1% de los cánceres de mama y menos del 1% de los cánceres en el varón. A diferencia del de la mujer, suelen ser diagnosticados en estadios más avanzados probablemente debido a la demora en la consulta. Así también, la edad promedio de aparición es mayor (65 años). A continuación se presentan diez casos y se analizan a la luz de bibliografía nacional e internacional.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en esta patología.

Materiales y métodos: Se presentan 10 pacientes de sexo masculino con diagnóstico de carcinoma mamario tratados en nuestro servicio. Se evalúan características anatomopatológicas, tratamientos locales, sistémicos, sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global.



Resultados: El promedio de edad fue de 68,4 años (45-85). En todos los casos el motivo de consulta fue nódulo mamario. El 30% tenía antecedentes familiares. El tipo histológico fue CDI (carcinoma ductal infiltrante) en todos los casos, con receptores hormonales positivos, presentándose como localmente avanzados en el 30%. La sobrevida libre de enfermedad fue de 38 meses, la sobrevida global de 58 meses. El seguimiento se realizó con examen físico. Se presentaron tres recaídas, dos en la mama contralateral y una axilar homolateral, desarrollando este último metástasis óseas a los 2 años.

Año	Edad	cTNM	Cirugía	pTNM	QT	RT	HT	SLE	SG
1992	45	T1N0M0 EI	MRM	T1N0M0 EI	No	Si	No	22	173
1994	71	T1N0M0 EI	MRM	T1N0M0 EI	No	Si	Tamoxifeno	120	120
2001	52	T2N1M0 EIIb	MRM	T2N1M0 EIIb	CMFx6	No	Tamoxifeno	147	147
2004	76	T2N0M0 EIIa	MRM	T2N0M0 EIIa	No	No	Tamoxifeno	26	29
2008	62	T4bN1M1 EIV	No	EIV	No	Si	Tamoxifeno	0	6
2012	71	T1N0M0 EI	Mastectomía+GC	T1N0M0 EI	No	No	Tamoxifeno	14	61
2015	62	T2N0M0 EIIa	Mastectomía+GC	T1N0M0 EI	No	No	Tamoxifeno	16	16
2015	85	T4bN1M0 EIIIb	MRM	T4bN2M0 EIIIb	No	No	Anastrozol	12	12
2016	80	T3N0M0 EIIb	MRM	T2N1M0 EIIb	No	Si	Tamoxifeno	11	11
2016	78	T4bN2M0 EIIIb	MRM	T4bN2M0 EIIIb	ACx4	Si	Tamoxifeno	9	9

Conclusiones: El cáncer de mama es una entidad infrecuente en el varón. Es un diagnóstico a tener en cuenta ante un nódulo palpable, debiendo realizarse el mismo algoritmo diagnóstico que en la mujer. El CDI es el tipo histológico más común, siendo extremadamente raro el lobulillar. La estadificación y el enfoque terapéutico no difieren de lo propuesto para cáncer de mama en mujeres, a excepción de la hormonoterapia que es preferentemente realizada con Tamoxifeno. Para el seguimiento no hay guías estandarizadas, teniendo la mamografía un rol incierto en el control de estos pacientes.

- Male Breast Cancer Treatment, National Cancer Institute 2017
- Male breast cancer: MRM or breast conservation surgery? Int J Surg Case Rep 2017
- Controversies in clinicopathological characteristics and treatment strategies of male breast cancer: A review of the literature. Critical Reviews In Oncology/Hematology 2017

ANÁLISIS CLINICOPATOLÓGICO DE LOS CARCINOMAS NEUROENDÓCRINOS DEL CÉRVIX UTERINO

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

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica.
Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: El carcinoma neuroendócrino de cuello uterino (CNCU) es una enfermedad rara con un pronóstico relativamente pobre, que comprende solo el 2% de todos los carcinomas cervicales. Suele presentarse entre la 4° y 5° década de la vida, siendo la variedad histológica más frecuente la de “células pequeñas”. Al compararse estadio por estadio, el CNCU tiene peor pronóstico que el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma. Dado que los estudios prospectivos de esta patología son limitados, las guías de tratamiento se basan en revisiones retrospectivas y en la literatura de los carcinomas neuroendócrinos de pulmón.

OBJETIVO: Reportar nuestra experiencia en el diagnóstico anatomopatológico de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo de 4 casos de CNCU diagnosticados en nuestro hospital entre 01-2004 y 12-2016. Las variables de estudio fueron: 1- Edad media de las pacientes, 2-Estadio, 3- Histología, 4- Tratamiento y 5- Evolución.

RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes fue 45 años (r: 32-76 a.). En el siguiente cuadro se resumen los datos del resto de las variables estudiadas.

CASO	ESTADIO	HISTOPATOLOGÍA	IHQ	TTO/ADY	EVOLUCIÓN
1	IIB	Ca. indif. de cél. pequeñas	(+)	RT + BT	† por MTS pulmonares
2	IVB	Ca. de cél. grandes	(+)	QT	† por coma urémico
3	IIB	Ca. de cél. pequeñas	(+)	QT+RT+BT	† por MTS en hígado, bazo, páncreas y suprarrenales
4	IB1	Ca. pobrem. difer. de cél. pequeñas	(+)	WM+QT	Vive

CONCLUSIONES:

- 1- De un total de 182 casos de carcinoma de cuello uterino diagnosticados en el período mencionado, solo 4 (2,18 %) correspondieron a tumores malignos neuroendócrinos.
- 2- La edad promedio de nuestras pacientes fue 45 años.
- 3- En nuestra serie, la tasa de mortalidad por esta patología fue del 75%.

TUMORES DEL MÚSCULO LISO CON POTENCIAL MALIGNO INCIERTO

Bevilacqua, José; Abalsamo, Rosina; Colorado, Klinton; Schieda, Victoria; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: Se definen a los tumores del músculo liso uterino de potencial maligno incierto (STUMP) como una categoría “BORDERLINE” entre los leiomiomas y los leiomiosarcomas. Debido a su baja prevalencia, se desconoce su real comportamiento clínico y pronóstico. Aparece en mujeres con edad promedio de 45 años, que suelen consultar por polihipermenorrea-metrorragia y que son intervenidas por miomas uterinos mediante miomectomía o histerectomía. Por microscopía, suelen presentar 5 a 10 mitosis por cada 10 campos (CGA) con leve a moderada atipia nuclear. Dado que algunos autores han reportado recurrencias tardías en el 7-27% de los casos, se aconseja un seguimiento estricto y prolongado de estas pacientes.

OBJETIVO: Reportar los aspectos clínico-patológicos de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 3 pacientes atendidas en nuestro hospital entre el 01-01-2001 y el 31-12-2016, a quienes se les efectuó diagnóstico y tratamiento de dicha patología.

RESULTADOS: En el período mencionado se realizaron 336 cirugías por miomatosis uterina, hallándose 3 casos (0,89%) de STUMP). En el siguiente cuadro se resumen los principales datos clínico-patológicos de esta entidad.

PACIENTE	EDAD	CLÍNICA	CIRUGÍA	MIOMA DE MAYOR TAMAÑO	RECURRENCIA
1	45 a.	Hipermenorrea	H. T.	8 cm	no
2	43 a.	Hipermenorrea	H.T.	8 cm	no
3	43 a.	Abdomen agudo	M	15 cm	no

HT: Histerectomía total, M: miomectomía

CONCLUSIONES: 1- En relación al leiomioma, el STUMP aparece a edades más tempranas.
2- Actualmente, los estudios moleculares, la ploidía y el análisis de proliferación no pueden predecir su comportamiento clínico-biológico.
3- Debido a la posibilidad de recidiva a largo plazo, requieren de un seguimiento estricto y prolongado.
4- Es un tumor pasible de tratamiento quirúrgico conservador (miomectomía).

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS CARCINOMAS MUCINOSOS PUROS Y MIXTOS DE LA MAMA

INTRODUCCIÓN: El carcinoma mucinoso de la mama (CMM) es un tumor con componente mucinoso del 50% o más. Teniendo en cuenta la cuantificación de su celularidad, se divide en los subtipos puro (CMMP) y mixto (CMMM). El primero presenta un 90% o más de componente mucinoso en el tejido tumoral. Por otra parte, el CMMM está constituido por áreas mucinosas que cubren más del 50% pero menos del 90% del área total, como así también de una mezcla con carcinoma ductal infiltrante.

OBJETIVO: Establecer una comparación entre las características clínicas y los resultados terapéuticos de pacientes tratadas en nuestro hospital por CMMP y CMMM.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 22 mujeres tratadas por CMMM entre enero del 2000 y marzo del 2015. El CMMP se presentó en 11 pacientes (50%), al igual que el CMMM (50% restante). En el siguiente cuadro se sintetizan las variables de estudio y los resultados obtenidos.

RESULTADOS:

VARIABLES	CMMP	CMMM
Edad promedio	64 a. (r:39-87 a.)	61 a. (r:43-81 a.)
Estadios TNM	E I: 4 c. (36,3%) E II: 5 c. (45,4%) E III: 2 c. (18,3%)	E I: 3 c. (27,2%) E II: 1 c. (9,3%) E III: 3 c. (27,2%) E IV: 4 c. (36,3%)
Tto. Conservador	9 c.	4 c.
Mastectomía	2 c.	6 c.
Inoperable		1 c. (solo QT)
Adyuvancia	RT: 7 c. QT: 1 c. HT: 3 c.	RT: 3 c. QT: 3 c. HT: 1 c.
pT promedio	2,5 x 2,2 x 1,6 cm	2,6 x 2,3 x 2 cm
pN0	6 c.	2 c.
pN (+)	2 c.	2 c.
pN (++)	(-)	5 c.
Evolución	Vivas: 7 c. † por comorb: 1c Desconocida: 3c	3 c. † por progr: 3c † por MTS cerebral: 1c Desconocida: 4c

CONCLUSIONES: 1- La edad promedio de las pacientes fue similar en ambos subgrupos. 2- Hubo un predominio de estadios iniciales (y por consiguiente de tratamientos conservadores) en mujeres con CMMP.

3- El pt promedio fue similar en ambos subtipos tumorales.

4- Las pacientes con CMMP tuvieron menor afectación ganglionar axilar, y por ende, mayor sobrevida.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO E IIB: ¿ TRATAMIENTO ADECUADO O NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PARADIGMA?

INTRODUCCIÓN: La estadificación clínica FIGO 2009 define al estadio IIB de cáncer de cuello uterino como aquel tumor con extensión parametrial a la pared pélvica y/o que causa hidronefrosis o riñón no funcionante. Los diferentes centros basan el tratamiento del mismo en la quimiorradiación concurrente o bien en la radioterapia más braquiterapia. ¿Pero son suficientes?. Si nos atenemos al diagnóstico clínico propuesto por FIGO (tal como sucede en la mayoría de los hospitales del país) sin una correcta evaluación de áreas críticas como los parametrios y/o ganglios pelvianos/lumboaórticos, no podremos conocer la real extensión de la enfermedad y esto, sin duda, tiene implicancias en la terapéutica y en la evolución oncológica de las pacientes.

OBJETIVO: Evaluar aspectos clínicos, terapéuticos y evolutivos de pacientes con cáncer de cuello uterino E IIB.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 32 mujeres con diagnóstico clínico de tal estadio, tratadas en nuestro hospital entre enero del 2002 y diciembre del 2014. Para tal fin se estudiaron las siguientes variables:

VARIABLES	Ca de cuello uterino E IIB n:32
Edad promedio	51 a. (r: 34-83 a.)
Motivo de consulta	Derivada de nosocomio público: 9 c. Pérdida hemática por genitales: 13 c. Sinusorragia: 1 c. Derivada de centro privado: 5 c. Derivada de otro país: 2 c. Metrorragia de la PM: 2 c.
Metodología diagnóstica	Biopsias dirigidas por colposcopia: 30 c. RUF: 1 c. Conización por LEC (+): 1 c.
Grado de diferenciación tumoral	GH1: 4 c. GH2: 20 c. GH3: 4 c. No especificado: 4 c.
Tamaño tumoral promedio (clínico)	5 cm (r: 2 – 8 cm)
Compromiso vaginal (clínico)	11 c.
Compromiso parametrial (clínico)	Unilateral: 22 c. Bilateral: 10 c.
Tratamiento	RT/BT: 21 c. QT/RT/BT: 7 c. QT+RT/BT: 2 c. Lig. Arteria hipogástrica/RT: 1 c. QT/RT inconclusa: 1 c.
EVOLUCIÓN: DESCONOCIDAS	Viven: 6c, † por progresión: 15c, , † por recidiva local; 1c, por mts a intestino delgado:1c y por mts suprarrenal: 1c, Desconocida: 8c.

ADENOCARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

Bevilacqua, José; Petruzzi, Andrea; Cerignale, Florencia; Elvira, Jaqueline; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra
Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: El adenocarcinoma invasor de cuello uterino (AICU) comprende un grupo heterogéneo de neoplasias con diferentes patrones histológicos. Según las diferentes series, el rango del porcentaje de estas lesiones varía entre un 9,5 al 34% del total de cáncer de cérvix. El 90% están asociadas a HPV siendo las neoplasias mixtas sumamente frecuentes (combinan los distintos tipos de carcinomas).

OBJETIVO: Reportar nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de esta particular entidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 13 casos de AICU diagnosticados en nuestro hospital entre 04-2000 y 06-2015. Se excluyeron aquellos con datos insuficientes en la historia clínica (2c) y/o que decidieron realizar tratamiento en otros nosocomios (3c). En el siguiente cuadro se expresan los resultados de las variables estudiadas.

VARIABLES	ADENOCARCINOMA INVASOR DE CÉRVIX UTERINO. n:13c
Edad promedio	50 a. (r: 34-71 a.)
Motivo de consulta	Tumor pelviano: 1c / H.M.y R.(RUE): 1c Ginecorragia: 6c / Control ginecológico: 1c Sinusorragia: 2c / Metrorragia PM: 1c Hipermenorrea: 1c.
Metodología diagnóstica	Biopsias dirigidas por colposcopia: 7c Biopsia + LEC: 3c Hallazgo fortuito en AHT por Ca de ovario: 1c Hallazgo fortuito en evaluación prequirúrgica por H. M. y R.: 1c Hallazgo fortuito en Histerectomía total por miomatosis uterina: 1c
Tipos histológicos	Endocervicoide maduro: 2c Adenoc. Semidif infiltr. Endocervical: 5c Adenoc. Bien dif. Infiltr. con áreas papilares: 1c Adenoc. Semidif. Infiltr. con áreas papilares: 4c Adenoc. con áreas de células claras: 1c
Estadificación FIGO	EIA2: 1c EIIB: 3c EIB1: 1c EIVA: 1c (Compr. Vesical) EIIA: 1c EIVB: 1c (MTS a pulmón) EIIB: 5c
Tratamiento	RT/BT: 6c , QT/RT/BT: 3c , Amputación cervical: 1c , Paliativo: 3c
Evolución	Viven: 8c , † por progresión: 5c (1 progr. + ACV, 1 progr. + fístula véscivaginal, 1 progr. + MTS pulmonares)

CONCLUSIONES: 1- El AICU representa el 8,9% del total de carcinomas de cuello uterino diagnosticados en el periodo mencionado (201 casos).

2- El 46% de los casos consultó por ginecorragia.

3- El 38% de las mujeres presentaron EIIB.

4- El 46% de los casos recibió radioterapia seguida de braquiterapia.

5- Actualmente, el 61% de las mujeres prosigue con sus controles habituales.

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: FORMAS DE PRESENTACION Y EVOLUCION POSTQUIRURGICA

Autores: Premrou, MV; Eugenio, ML; Faraldo, MJ; Pelegrin C; Pozniak S, Talarico A; Maffei, L.
Maffei Centro Medico. CABA

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPP) es una enfermedad caracterizada por hipercalcemia persistente en presencia de un nivel de hormona paratiroidea (PTH) inapropiado (normal o elevado). Dado que es una posible causa de osteoporosis (OP) secundaria, siempre debe ser descartada en la evaluación de una paciente con OP. La prevalencia del HPP se encuentra en aumento sobre todo en la población femenina postmenopáusica debido al estudio metabólico que se realiza en las pacientes con riesgo de OP.

En los últimos 40 años la forma de presentación clínica ha cambiado, siendo la más frecuente la forma leve o asintomática. En estudios realizados en Latinoamérica un 47% no presentaron síntomas, un 25% osteítis fibrosa quística y un 25% litiasis renal. El tratamiento definitivo es la cirugía aunque no es tan claro su beneficio en las formas leves.

Objetivo el objetivo del presente estudio fue analizar retrospectivamente las formas de presentación, las características bioquímicas y densitométricas y la evolución del HPP, en una poblaciones de pacientes tratados quirúrgicamente en un centro endocrinológico de CABA.

Resultados: Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 128 pacientes (120 mujeres; edad media al diagnóstico de 60,6 años) con diagnóstico de HPP, que habían recibido tratamiento quirúrgico.

Los motivos de consulta iniciales fueron: hipercalcemia en 62 pacientes (52,5%) (12 con hipercalcemia asociada, 5 con OP y 2 con litiasis renal); aumento de los niveles de PTH en 13 pacientes (11,0%); litiasis renal en 11 pacientes (9,3%); e hipercalcemia en 11 pacientes (9,3%) (1 aumento de PTHi asociada, 1 con hipercalcemia y 2 OP).

El nivel medio de Calcio sérico (Cas) al diagnóstico fue de $10,7 \pm 1,0$ mg/dl (IC 95%: 9,7 - 10,8), y de calciuria de $282,3 \pm 154,5$ (IC 95%: 127 - 312,8).

Ochenta y tres (71,6%) pacientes presentaron un valor de Cas $\geq 10,3$ (rango normal de Cas de 8,5 a 10,2 mg/dl), y 40 pacientes (40%) presentaron un valor de Ca urinario ≥ 300 (rango normal de Cau hasta 300).

La densitometría ósea (DMO) en raquis lumbar (RL) presentó un valor medio de 0,971g/cm (IC 95%: 0,783-1,011) y un t score de -1,6 (IC 95%: -3,1 a -1,3), con un 25,6% de los pacientes con valores compatibles con OP. La DMO en cuello femoral (CF) presentó un valor medio 0,782 (IC 95%: 0,649-0,809) expresado en t score de -1,7 (IC 95%: -2,8 a -1,4). Un 29,9% tenían OP por DMO en CF al momento del diagnóstico.

Un 33% de los pacientes presentaron litiasis en la ecografía renal.

Ochenta pacientes tuvieron al menos un seguimiento postquirúrgico. En las tablas a continuación se presentan los resultados comparativos pre y postquirúrgico de Cas, Cau de 24 h, DMO de RL y CF.

Calcio

	Basal	Post
n	116	80
Media	10,7	10,2
Lim inf	9,7	9,3
Lim sup	10,8	10,4

P:0.03 Prueba t muestras pareadas

Calciuria

	Basal	Post
n	99	
Media	282,3	229,2
Lim inf	127,9	122,3
Lim sup	317,8	257,2

P:< 0,001 Prueba t muestras pareadas

DMO Raquis lumbar

	Basal	Seguimiento
n	84	53
Media	0.971	0.958
Lim inf	0.783	0.738
Lim sup	1.011	1.017

P:0,957 NS Prueba t muestras pareadas

Lumbar	T score $\leq 2,5$	T score $>$
Antes	22 (25,6%)	64 (74,4%)
Después	8 (18,6%)	35 (81,4%)
Total	30	99

P:0,37 NS Prueba chi cuadrado

DMO Cuello femoral

	Basal	Seguimiento
n	93	54
Media	0.782	0.776
Lim inf	0.649	0.648
Lim sup	0.809	0.809

P:0,647 NS Prueba t muestras pareadas

CF	T score $\leq 2,5$	T score $>$
Antes	29 (29,9%)	60 (70,1%)
Después	10 (18,5%)	44 (81,5%)
Total	39	112

P:0,36 NS Prueba chi cuadrado

Conclusiones: en la población estudiada tuvieron enfermedad manifiesta expresada por litiasis renal un 15,96% y OP un 11,76% por lo que la mayoría de nuestros pacientes tuvieron un HPP leve o asintomático. Luego de la cirugía hubo una disminución significativa de los valores de calcemia y calciuria de 24 hs. Y un mantenimiento de la DMO tanto en raquis lumbar como en cuello femoral. No se observó una mejoría significativa en la DMO como ha sido descrito en la literatura en el tiempo de seguimiento.

Autores: Gomez Vara V., Santarella C., Baquerizo N., Tatti D., Filippo H., Newman M.

INTRODUCCIÓN

- Tumor poco frecuente, incidencia entre el 3-6%, con cifras mayores en mujeres premenopáusicas.
- Promedio de edad 45 años.
- Tipo: epitelial metastásico y mucosecretor.
- Manifestación clínica tardía, se expresa como carcinomatosis y/o ascitis.
- Síntomas más comunes: dolor, distensión abdominal
- Frecuentemente bilateral (80%)
- Origen: 76% gástrico y en segundo lugar intestinal, apendicular o mamario.

MATERIALES Y MÉTODOS

El caso clínico se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica y búsqueda en la base de datos del Hospital Pirovano, de una paciente internada en el Servicio de Ginecología.

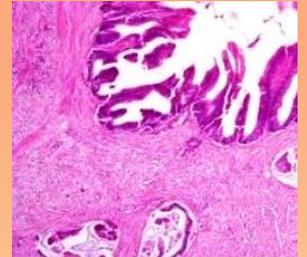
- **Femenina de 29 años, G1P1**
- **ATC:** Ca gástrico con tratamiento quirúrgico y quimioterapia, en otra institución, 2015
- **MC:** dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos de 24 hs evolución.
- **EF:** Abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda. Se palpa formación 3cm infraumbilical que impresiona de origen anexial.
- **TV:** fondo de saco lateral derecho y anterior impresionan ocupados por formación de probable origen anexial.

- **Ecografía abdominal y TV:** útero en AVF de 75 x 39 mm. Anterior a éste se visualiza formación heterogénea, mixta (sólido- líquida), que ocupa hipogastrio y FII, de 96 x 88 mm. Adyacente a esta se observa otra de similares características de 62 x 48 mm, FSD libre.
- **TAC de abdomen:** formación heterogénea de densidad de partes blandas que ocupa hipogastrio y ambas regiones anexiales, rodeando el útero de 122 x 95 mm. Escaso líquido libre en FSD. No se reconocen adenomegalias ilíacas o inguinales.
- **Marcadores tumorales:**
- CA 125: 7,16 - CA 19-9: 12,6 - CEA 1,69

RESULTADOS

- Laparotomía exploradora → anexo izquierdo aumentado de tamaño a expensas de formación sólida de superficie irregular de aproximadamente 13 cm de diámetro con torsión de su pedículo y congestión del mismo.
- Ooforectomía derecha, biopsia por congelación: ovario infiltrado por adenocarcinoma de probable origen metastásico.
- Anexectomía izquierda + histerectomía total + linfadenectomía pelviana + apendicectomía + omentectomía + citológico de líquido ascítico.
- **AP diferido:**

- Ovarios, trompas uterinas, epiplón y 6 de 28 ganglios linfáticos: Metástasis ovárica de adenocarcinoma gástrico.
- Apendice cecal, cuello uterino, cuernos uterinos, miometrio y endometrio libres de infiltración tumoral.



- **Inmunohistoquímica:** * AE1- AE3 + * Ck7 + * CEA + * CDX2 + *CA-125 negativo * Vimentina negativo * HER 2 negativo.

CONCLUSION

El tumor de Krukenberg es una metástasis ovárica, de origen gástrico, caracterizada por la presencia de células malignas de estirpe epitelial mucosecretoras en anillo de sello y la existencia de proliferación pseudo-sarcomatosa del estroma ovárico. Representa el 1 a 2% del total de neoplasias ováricas. En la mayoría de los casos esta lesión se diagnostica simultáneamente con la neoplasia primaria, mientras que un 20 a 30% se presenta como una recidiva post-quirúrgica. El pronóstico de una paciente con tumor de Krukenberg es extremadamente pobre, con supervivencia de 3 a 10 meses. Solamente el 10% de las pacientes sobrevive más de dos años desde el diagnóstico.

Autores: Gomez V., Baquerizo N., Casas M., Garcia del Carril I., Newman, M.

INTRODUCCION

Los tumores borderline de ovario (TBO) representan del 15 al 20% de todos los Tumores epiteliales de ovario (TEO)

Se caracterizan histológicamente por la presencia de células epiteliales con atipia nuclear y actividad mitótica en 10% o más del tumor pero sin invasión del estroma ovárico.

Edad promedio de diagnóstico es de 45 años, con una incidencia del 30% < de 40 años

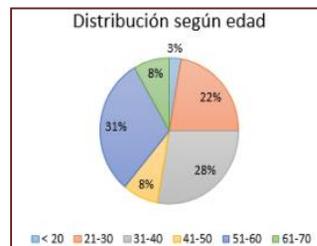
Presentan altas tasas de supervivencia: estadios I: 95%, estadios II: 87%, estadio III: 87% a 65%.

MATERIALES Y METODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo en base a la utilización de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de TBO entre enero 2001 y 2015 en la sala de ginecología del Hospital Pirovano.

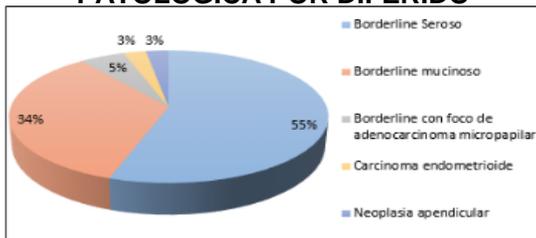
RESULTADOS

- Se diagnosticaron **36 casos** de pacientes con TBO siendo un 19.4% de los TEO.
- La edad promedio al diagnóstico fue de **41 años**
- **El 53% correspondían a mujeres menores de 40 años**
- El **61%** (N=22) estaban en edad fértil y de las mismas el **45.5%** (N=10) eran nuligestas.

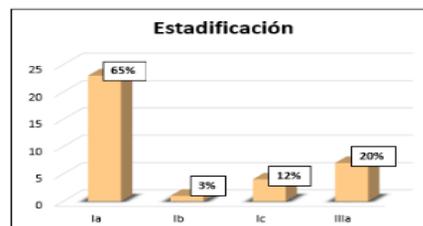


- El principal motivo de consulta fue **dolor abdominal (53%)**
- La correlación ecográfica sugestiva de malignidad fue de un **69%**.
- Marcadores tumorales con sospecha de malignidad: **17%**

RESULTADO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA POR DIFERIDO



CIRUGÍA



Ela	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías radicales= 43.4% • Cirugías Conservadoras= 56.6%
EIb	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías radicales= 100%
EIc	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías radicales= 50% • Cirugías conservadoras= 50% (< 30 años nuligestas)
IIIa	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugías radicales= 71% • Cirugías conservadoras= 29%

SEGUIMIENTO:

De las 36 pacientes, 25 concurren al control y una sola presentó recurrencias en un período entre 1 y 10 años.

De las 25 pacientes, 10 eran menores de 40 años:

- 5 con cirugía radical sin recurrencia posterior.
- 3 con cirugía conservadora y al interrogatorio refirieron no haber realizado búsqueda de embarazo.
- 2 llevan seguimiento de un año, sin búsqueda de embarazo hasta el momento.

CONCLUSION

Las características de las pacientes, ecografías, marcadores tumorales y el estadio al momento del diagnóstico coinciden con lo descrito en la literatura. La supervivencia global fue del 100% independientemente del estadio, con una supervivencia libre de enfermedad a 10 años del 96%. Se observó una alta incidencia de pacientes menores de 40 años, cobrando vital importancia el abordaje del tratamiento y la extensión de la cirugía por la necesidad de preservación de la fertilidad.

SARCOMA SINOVIAL DE VULVA. REPORTE DE UN CASO.

Autores: CODONI MJ; GUALLAN F; BIANCHI FL; RAMILO TP; GARCIA BALCARCE TM; HABICH D; CASTAÑO RE
SERVICIO DE GINECOLOGIA. HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES

INTRODUCCION

Los sarcomas de tejidos blandos son tumores malignos no epiteliales del tejido extraesquelético del cuerpo. Estos tumores son poco frecuentes. Con una incidencia anual de alrededor de 2-3/100 000, suponen menos del 1% de todos los tumores malignos y el 2 % de todas las muertes relacionadas con cáncer

CASO CLINICO

Paciente de 34 años, sin antecedentes médicos, consulta por sensación de tumoración vulvar, de aproximadamente 4 meses de evolución. Al exámen: formación no dolorosa de 6 cm que protruye sobre labio mayor izquierdo y que se extiende en profundidad sobre cara lateral izquierda de vaginal, hacia la profundidad de la fosa isquiorrectal.

RMN informa: lesión ocupante de espacio, que mide 6 cm. Posee bordes lobulados y signos de necrobiosis central.



Se realiza Incisión longitudinal paravaginal. Disección hasta identificar cápsula tumoral y efracción de dicha cápsula, observándose salida de material cerebroide. Evacuación. Disección del tumor de las paredes pelvianas Extracción de la totalidad de la pieza.

Diagnóstico Histopatológico: Sarcoma sinovial monofásico de alto grado (grado 3).



DISCUSION

El **Sarcoma Sinovial**, se presenta principalmente en mujeres jóvenes en edad reproductiva. Son tumores de crecimiento lento, alcanzando dimensiones desde 5 a 15 cm. Desplazan los tejidos circundantes sin infiltrarlos.

Histológicamente se distinguen tres subtipos: monofásicos, bifásicos y pobremente diferenciados. Los sarcomas sinoviales monofásicos son indiferenciados y de peor pronóstico mientras que los bifásicos remendan estructuras glandulares epiteliales.

La realización de técnicas de inmunohistoquímica para citoqueratinas es esencial a la hora de identificar el subtipo tumoral, así como el estudio genético para la translocación cromosómica t (X; 18) (p11; q11).

Si bien la escisión local amplia con márgenes de hasta 1 cm disminuye el riesgo de recidiva local, la tasa de recurrencia es del 80% dentro de los 2 primeros años, principalmente en los tumores monofásicos de alto grado y mayores de 5 cm de longitud. La linfadenectomía no modifica el pronóstico.

Se indica radioterapia adyuvante para el control local. Se desconoce el beneficio de la quimioterapia

CONCLUSION

El Sarcoma Sinovial de vulva es un tumor infrecuente, pero se lo debe considerar ante la aparición de una formación vulvo-perineal de crecimiento lento en mujeres jóvenes.

Mastitis Crónica Granulomatosa Idiopática: A propósito de Un Caso Clínico y Revisión Bibliográfica.

HGA Dr. D. Vélez Sarsfield. Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Sección Patología Mamaria.

Autores: Demonte M; Serchenko A; Sosa P; Carini M; Antico G; Alonso G; Gutiérrez C; Rodríguez D.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) descrita por primera vez en 1972 por Kessler y Wolloch, es una rara enfermedad inflamatoria benigna de etiología desconocida. Se sugiere un mecanismo etiopatogénico autoinmune, inducido probablemente por la presencia de proteínas secretadas y extravasadas a nivel ductal. Dicha hipótesis se sustenta en la similitud de esta entidad con la tiroiditis y orquitis granulomatosas y la buena respuesta a los esteroides. Se ha descrito asociación con eritema nodoso, lupus, hiperprolactinemia y uso de anticonceptivos orales (ACO). Suele afectar a mujeres en edad reproductiva, generalmente con historia reciente de embarazo o lactancia. Se registra mayor incidencia en hispanas. Se presenta habitualmente como absceso mamario que luego se ulcera o fistuliza o como masa tumoral, asociada a signos inflamatorios locales. El proceso es generalmente unilateral (80%) con adenopatías axilares palpables (20%).

Objetivos: comunicar un caso clínico de MGI diagnosticado y tratado en la Sección de Patología Mamaria del H. Vélez Sarsfield. Se realizará también una revisión bibliográfica

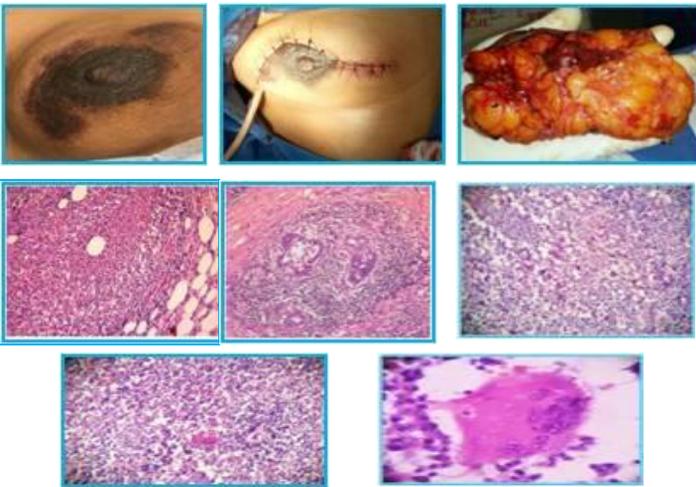
MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 32 años, sin antecedentes personales de interés.

Antecedentes ginecológicos relevantes: Lactancia: 1,5 años x 2. ACO: durante 4 años (no actualmente).

Consulta por proceso flogístico de mama derecha de 2 meses de evolución, tratado al inicio con antibióticos (Cefalexina y posteriormente Clindamicina) No refiere episodios febriles.

Al examen clínico presenta mama eritematosa, con "piel de naranja", palpándose zona indurada en cuadrantes superiores de mama derecha (MD) de aproximadamente 8 cm con área fluctuante en hora 12 y edema cutáneo. Se palpan adenopatías axilares homolaterales.



Microscopia: Proceso inflamatorio crónico reagudizado con focos de abscedación y granulomas histiocitarios con células gigantes multinucleadas en tejido mamario peri e interlobular. H/E.

RESULTADOS

Realizó antibioticoterapia con Amoxicilina-Acido clavulánico, que se rota luego de 7 días a Trimetoprima-Sulfametoxazol por falta de respuesta.

Ecografía mamaria: MD: revela "marcado aumento de densidad con extensa colección con ecos en su interior compatible con mastitis en evolución complicada". Axila derecha: dos imágenes ganglionares de 15x3 y 12x7 mm. MI y Axila Izq sp/.

Mamografía: no se efectúa dado el intenso cuadro inflamatorio
Punción con aguja gruesa y/o biopsia incisional en cuña (incluyendo piel): no se efectúa por falta de consentimiento de la paciente.

Ante la falta de remisión de signos y síntomas luego de completar esquema antibiótico se decide efectuar *toilette quirúrgica con escisión local amplia (ELA) y resección de tejido necrótico en su totalidad.*

Anatomía Patológica: "mastitis crónica reagudizada con granulomas histiocitarios y áreas de abscedación".

Estudio bacteriológico: negativo. Micobacterias y hongos negativos.

PPD Y radiografía de tórax: sp/. Prolactinemia 31,7 ng/ml.

Evolución postoperatoria: favorable.



CONCLUSIONES

La MGI es una entidad poco frecuente, se han descrito hasta el momento alrededor de 500 casos en el mundo. Los estudios imagenológicos (Mamografía, Ecografía de alta resolución y RM) no permiten realizar aproximaciones diagnósticas específicas. La Mamografía suele revelar una densificación asimétrica focal o masa irregular mal definida. Los cultivos para bacterias, hongos, parásitos y TBC son negativos. El diagnóstico histopatológico se basa en hallazgos característicos como presencia de granulomas no caseificantes centrados en los lobulillos. Se requiere la exclusión de malignidad y otros procesos granulomatosos de la mama como TBC, micosis, sarcoidosis o granulomatosis de Wegener.

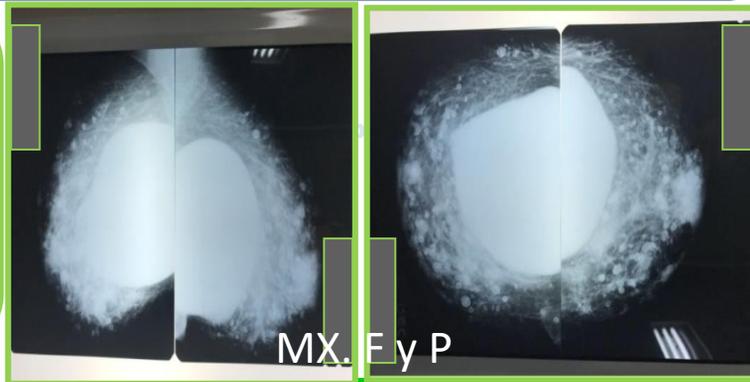
No existe consenso acerca del tratamiento. Las opciones terapéuticas incluyen ELA, mastectomía simple, antibioticoterapia, corticoterapia con prednisona en dosis inicial de 40-60 mg/día con esquema decreciente, sola o asociada a metotrexate en casos de recidiva. Independientemente del manejo adecuado, algunas pacientes desarrollan persistencia, recurrencia y complicaciones como abscesos, fístulas y supuración crónica (15-50%) Esto amerita una buena estrategia de seguimiento clínico e imagenológico periódico y a largo plazo



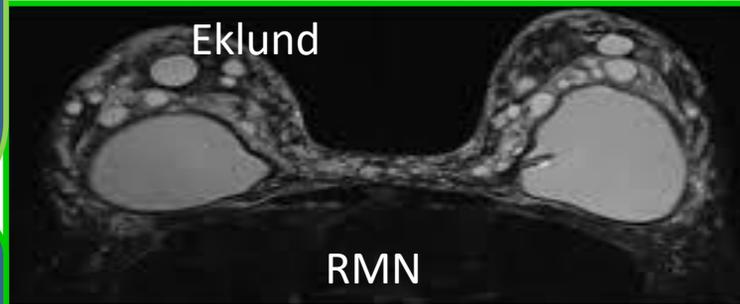
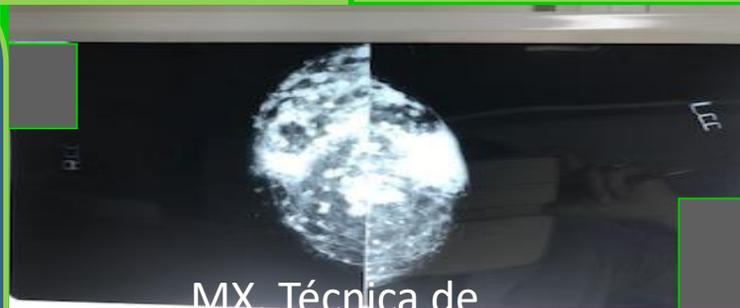
"Inyección de materiales aloplásticos en la glándula mamaria. Caso clínico"

- Solucci C., Silva S., Newman M., Olivares G., Recaman N., García del Carril I.

1-Introducción: Las siliconas industriales u otros materiales aloplásticos no médicos, son las más utilizados (ilegalmente) en grandes cantidades para la modificación del contorno corporal; contienen una amplia variedad de aditivos y otros tipos de sustancias. En los inicios de la década de 1950, la técnica de la inyección de siliconas líquida para el aumento mamario fue desarrollada en el Japón.



2-Presentación del caso: Paciente de 60 años que en 1986 se le inyectó en las glándulas mamarias, según relata, una sustancia de la cuál desconoce el origen y cantidad por un médico en España. En el año 2000 se somete a una mastoplastia con colocación prótesis sin remoción de los siliconomas en Argentina. La paciente consulta por control, conforme con su estética, no presentando signos ni síntomas en sus glándulas mamarias.



3- Metodología de diagnóstico:

- Mamografía bilateral con proyección axilar (Eklund).
- Ecografía mamaria.
- R. Nuclear Magnética (c/s contraste)
- Laboratorio.

Interconsultas con:

Servicio de Cirugía Plástica.
Servicio de Reumatología.
Departamento de Salud Mental.

4-Discusión: La resección quirúrgica debe ser propuesta para intentar mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas de siliconomas por inyección. La indicación de la mastectomía profiláctica o adenomastectomía se encuentra basada en que: son pacientes que presentan graves dificultades diagnósticas. En muchas ocasiones es difícil el seguimiento por medio de RMN. El comportamiento de los siliconomas es progresivo, evolucionan en forma alejada, un promedio de 9 años hacia alguna de las complicaciones descripta en la literatura. Se presume que las complicaciones, cuando aparecen, son debidas a reacciones alérgicas inducidas por los aditivos. Los resultados cosméticos esperados del tratamiento son limitados o malos y esto debe ser cuidadosamente explicado a cada paciente. Este último ítem pone a nuestro Equipo en una controversia: los protocolos revisados proponen la remoción de los siliconomas y recambio de las prótesis si los colgajos lo permiten. Los resultados estéticos post quirúrgicos pueden no ser favorables en contraposición con la situación actual.

5-Conclusión: Se realiza un Ateneo Clínico-Quirúrgico. Se decide control estricto expectante y que la paciente firme un Consentimiento/Rechazo Médico Terapéutico Informado..

DESEO SEXUAL, nuestra experiencia

Autores: Solucci C.;Silva S.;Recaman N.;Corazza F.;Newman M.

División Ginecología

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
DR. IGNACIO PIROVANO

Ministerio de Salud - Gob. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una construcción social que se origina en el propio individuo, proceso que interpreta y adscribe un significado cultural a los pensamientos, a las conductas y condiciones sexuales, y en donde la experiencia sexual está mediada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales, etc. en este contexto sexual el **deseo sexual** corresponde a una tendencia o motivación a exponerse y/o a buscar activamente circunstancia que aumenten la probabilidad de llevar conductas autoeróticas o intercambios sexuales y sentirse receptivo a a estos .

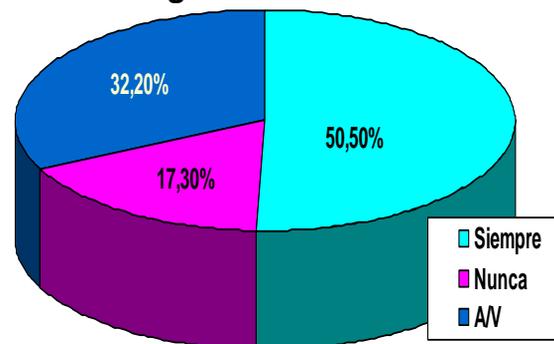
OBJETIVO

Estimar la prevalencia del Deseo Sexual en dos etapas de la vida (Edad reproductiva y Climaterio) de mujeres que asistieron para control a los Consultorios Externos de Ginecología, Período 2016-17

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo transversal. **Método de Evaluación:** Cuestionario de autoevaluación "Índice de Función Sexual Femenina" validado al castellano por Blumel-2004. **Criterios de inclusión:** Mujeres mayor o igual a 18 años que consintieron la participación y que declararon ser activas sexualmente. Exclusion: Enfermedad grave Se reclutaron 186 mujeres (M). Se negaron 3 M (1,6%) 3 cuestionarios incompletas. Evaluables 180 (96,7%).

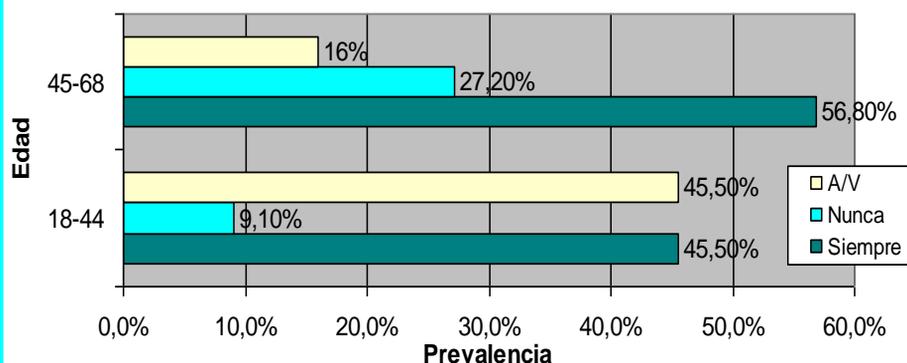
Prevalencia global del Deseo Sexual



RESULTADOS

Edad promedio muestra 40.2 años **Rango**=18-65
Análisis estadístico (Statistix8) de las variables en cuestión *
Prevalencia del Deseo sexual global y por grupo de status ginecológico.
Chi square. Grados de libertad 2
P <0,00001 altamente significativo

Comportamiento del Deseo sexual dependiendo del status edad



CONCLUSION

§ Alta participación a contestar la cuestionario aún exponiendo aspectos íntimos de información (96,7%) N=180/186. § Facilidad el instrumento (cuestionario autoevaluación). § En las mujeres de nuestra muestra el "deseo sexual global", "Siempre", fue muy elevado 50,5% (91/180) y superior a lo publicado. (tamaño muestral?). § Las variaciones del Deseo Sexual depende del grupo de edad, alta prevalencia entre los 18-44 años : siempre(45,5%); a veces(45,5%). La mayor diferencia entre los grupos se evidencia en la prevalencia de las variables nunca entre los 18-44= 9,1%,45-68 =27,2% y a veces 45,5%-16,0% respectivamente.



Premenopausia y Cáncer de Endometrio



Autores: Gomez Vara V., Santarella C., Jordan S., Tatti D., Newman M.

INTRODUCCION

- Representa el 4to. cáncer en frecuencia en la mujer y el 2do. ginecológico. Sólo un 14% se presenta en premenopáusia.
- El entendimiento de su fisiopatología y epidemiología permiten identificar la población de riesgo.
- Son factores predisponentes: nuliparidad, menarca temprana, menopausia tardía, anticonceptivos orales, tamoxifeno, diabetes, hipertensión, obesidad, hipotiroidismo.
- Un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno modifican la historia natural de la enfermedad.

OBJETIVO

- Determinar la incidencia de cáncer de endometrio en premenopáusicas y compararla con la literatura y exponer los factores de riesgo asociados.

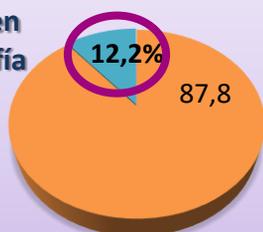
MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo en base a la utilización de historias clínicas de pacientes en edad fértil (32 a 56 años) con diagnóstico de cáncer de endometrio, en el Hospital Dr. I. Pirovano entre los años 2006 y 2015.

RESULTADOS

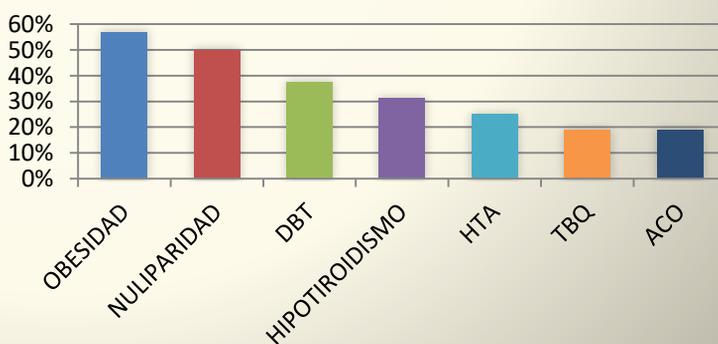
Nuestra Incidencia

Incidenia en la bibliografía
14%



■ Postmenopáusicas ■ Premenopáusicas

FACTORES DE RIESGO



CONCLUSION

- La incidencia de cáncer de endometrio en nuestro estudio fue similar a la descripta en la literatura.
- La frecuencia de FR coincidieron con los reportados; la mayoría de nuestras pacientes presentaron un alto estímulo estrogénico por tiempo prolongado.
- A pesar de la baja incidencia en premenopáusicas su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno aumenta la sobrevida global.

Oportunidades Perdidas: Control integral de la mujer

Autoras: Lic. Ahek, Mariana Elena, Lic. Ferreira Cortez Fernanda, Dra. Toledo Ana Inés

Centro de Atención primaria n°9 Billinghamurst pdto de General San Martin, Pcia de Buenos Aires.

Objetivo Principal: Lograr alta cobertura del tamizaje en la población de mayor riesgo, mujeres de entre 25 y 64 años de edad que asisten al Centro de Atención Primaria N° 9, de la localidad de Billinghamurst del Partido de General San Martin.

Objetivos Específicos:

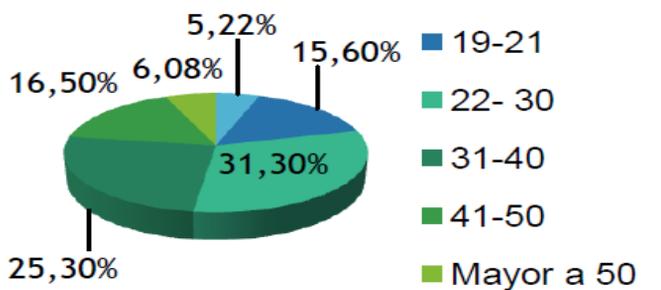
- Observar y detectar factores de riesgo para VPH en nuestra población adolescente
- Observar los métodos anticonceptivos usado por nuestra población

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, durante el período comprendido entre el 01/01/2017 al 30/04/2017.

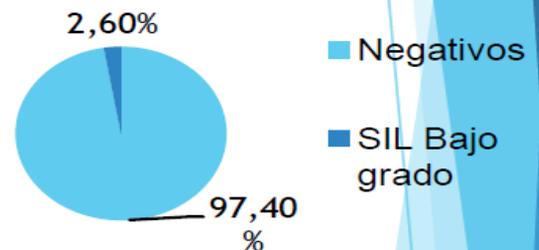
La muestra fue tomada de un total de 115 historias clínicas de las mujeres atendidas por el servicio de obstetricia y medicina general del centro de salud n° 9 y del SITAM

Criterios de inclusión: Mujeres que iniciaron relaciones sexuales que asisten al Centro de Atención Primaria N° 9, de la localidad de Billinghamurst del Partido de General San Martin.

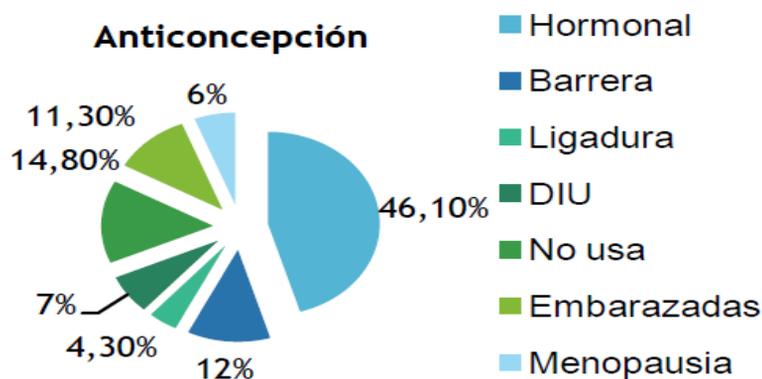
Edad



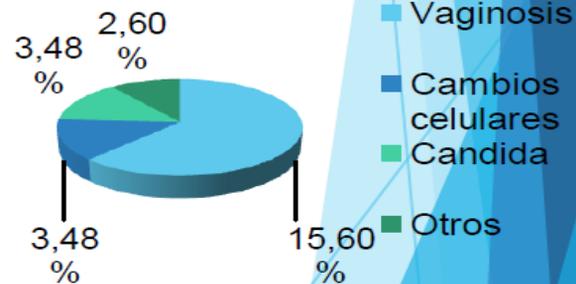
Resultados segun SITAM



Anticoncepción



Otros Resultados



Conclusiones: El trabajo realizado nos marca que las edades con mas acceso al tamizaje van de la franja de los 22-30 años seguido por las de 31-40 años posterior a esto las cifras caen dejando al grupo de mayor riesgo con baja cobertura, lo que nos hace pensar estrategias para su captación. Si bien el numero de resultados negativos es alto se vieron otros hallazgos como un 15,6% de Vaginosis y otros resultados a tratar. Con respecto a la anticoncepción hay un alto porcentaje de usuarias, y un 15% donde hay que trabajar en la prevención de embarazos no deseados



OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de carcinoma escamoso de vulva. Revisión bibliográfica

INTRODUCCION

El cáncer de vulva corresponde al 5% de los cánceres del tracto genital femenino, produciéndose en mujeres entre 65 y 75 años. El carcinoma escamoso es la variedad más frecuente, encontrándose en un 90% de los casos. Otras variedades de menor frecuencia son: melanomas, adenocarcinomas, carcinomas de células basales y sarcomas. Cada paciente requiere una cuidadosa evaluación clínica; su tratamiento debe basarse en los hallazgos clínicos, y debe ser modificado en función del resultado de la anatomía patológica postquirúrgica. Respecto al tratamiento, la cirugía de elección es la vulvectomía radical con linfadenectomía, pudiéndose utilizar la técnica de ganglio centinela (GC). También podrían realizarse hemivulvectomía o escisiones amplias. El objetivo del GC es proporcionar una evaluación completa del ganglio y disminuir la morbilidad. Si el GC es negativo, todos los ganglios restantes serán negativos, de esta manera se puede evitar una disección completa de los ganglios. La identificación se realiza inyección por vía intradérmica peritumoral de isosulfan o colorante azul patente, solo o preferiblemente en combinación con azufre radiactivo marcado con 99mTc coloide. La identificación del GC en combinación con la baja incidencia de falsos negativos, posee una sensibilidad del 86%. Sin embargo, la seguridad y la utilidad clínica aún no se han demostrado. Todos los estudios sugieren que el cáncer de vulva responde a la quimioterapia en un grado variable y hay pruebas de que algunos tipos de cáncer se pueden volver más operables. Mientras que el papel de la radioterapia queda por determinar

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 60 años, sin controles ginecológicos habituales. Concorre a guardia de ginecología portando anatomía patológica de otra institución: Carcinoma escamoso bien diferenciado invasor. EF: Tumor exofítico de labio mayor izquierdo desde Monte de Venus a introito vaginal. Masa tumoral de 6 cm aproximadamente de diámetro mayor. Uretra, mucosa vaginal y clítoris libre de lesión. Sin adenopatías homo ni contralaterales. Estadio Ib. Realiza antibioticoterapia vía oral, por presentar sobreinfección. (Foto 1). Cistoscopia y rectosigmoideoscopia que se informan negativas. TAC, retroperitoneo vertebral con ganglios que se extienden rodeando la aorta abdominal hasta su bifurcación con rango subcentimétrico. Se realiza vulvectomía radical más linfadenectomía inguinal superficial. La paciente evoluciona favorablemente por lo que tras 10 días de internación se otorga egreso institucional y se cita a curación de heridas. (Foto 2 y 3, 50 días POP) AP: vulvectomía radical que mide 10 X 7,5 X 3 cm, en el labio izquierdo formación tumoral exoendofítica indurada, pardo-grisácea de superficie regular que mide 10 X 7 X 3,2 cm y dista a 0,8 cm de margen superior a 0,4 cm de margen inferomedial y a 1,5 cm del margen lateral. Al corte solido blanquecino que corresponde a carcinoma escamoso semidiferenciado ulcerado queratinizante invasor GH2, GN2, IM2 con una profundidad de la invasión, y márgenes libres de lesión. Linfadenectomía izquierda 0/7, linfadenectomía derecha 0/8. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por el servicio de oncología y ginecología, realizando radioterapia



Foto 2



Foto 3

RESULTADOS

Con respecto al seguimiento realizado a las pacientes en 5 años en el programa SEER el Instituto Nacional de Cáncer (de la Sociedad Americana de Cáncer), los dividen en afección local, regional y a distancia:

- Local: Solo afecta vulva, sin afección de ganglios Estadio I y II. Sobrevida a 5 años 86%
- Regional: Afección de vulva + ganglios sin invasión a órganos vecinos. Estadios III y IVA. Sobrevida 54%
- Distancia: Afección vulvar, ganglionar y de órganos a distancia. Estadio IVB. Sobrevida 16%

CONCLUSIONES

El carcinoma de vulva es una patología infrecuente, produciéndose en mujeres con un rango etario de los 65 a 75 años, siendo la variedad más frecuente el carcinoma escamoso. Dentro de los factores de riesgo se encuentran, la edad, el consumo de tabaco, HIV, transplante de órgano solido, HPV, Herpes simple II, lupus eritematoso sistémico, entre otros. La vulvectomía radical es el tratamiento de elección, pudiendo utilizar la técnica de ganglio centinela. La quimioterapia y la radioterapia no modifican la sobrevida de la paciente.

Recordar que aunque se trate de una patología que afecta principalmente a mujeres añosas, no debe aplazarse el tratamiento de elección.

SATISFACCION SEXUAL.

Algunos de los factores influyentes

División
Ginecología

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

DR. IGNACIO PIROVANO

Ministerio de Salud - Gob. Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Autores: Solucci C., Silva S., Casas A., Jordan S., Corazza F., Newman M.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la satisfacción sexual es un fenómeno reciente, se refiere a la percepción y evaluación que una persona hace de su vida sexual con base en ciertos aspectos, como la frecuencia de los encuentros sexuales, satisfacción de sus necesidades, estilo de comunicación en pareja, tipo de actividad sexual realizada, cumplimiento de expectativas y bienestar con su relación de pareja en general. Las conceptualizaciones acerca de la satisfacción sexual han sido diversas, algunos concuerdan en que posee un componente físico y uno afectivo. Otros autores la definen como una evaluación subjetiva de agrado o desagrado con respecto a su vida sexual.

OBJETIVO

Estimar la prevalencia de la Satisfacción sexual(SS) y algunos de las variables que la influyen, en mujeres que concurren para control a consultorio Externo de División Ginecología .

DISEÑO Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal. Método de Evaluación: Cuestionario de autoevaluación "Índice de Función Sexual Femenina"validado al castellano por Blumel-2004. **Criterios de inclusión:** Mujeres mayor o igual a 18 años que consintieron la participación y que declararon ser activas sexualmente. **Exclusión:** Enfermedad grave. Se evaluó con Epidat 3.1.IC =0,95

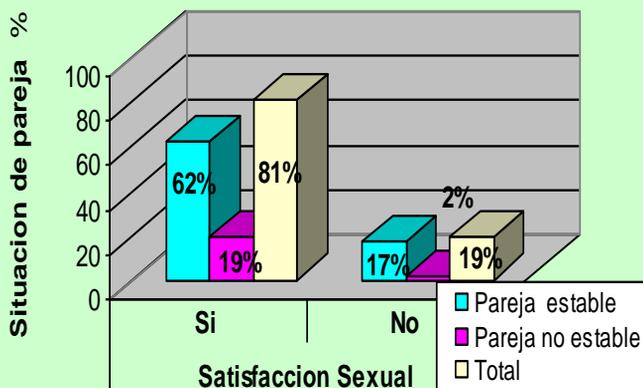
MATERIAL

Se reclutaron 186 mujeres (M). Se negaron 3 M (1,6%), 3 cuestionarios incompletos. **Evaluables:** 180 (96,7%). Periodo:2016-17.

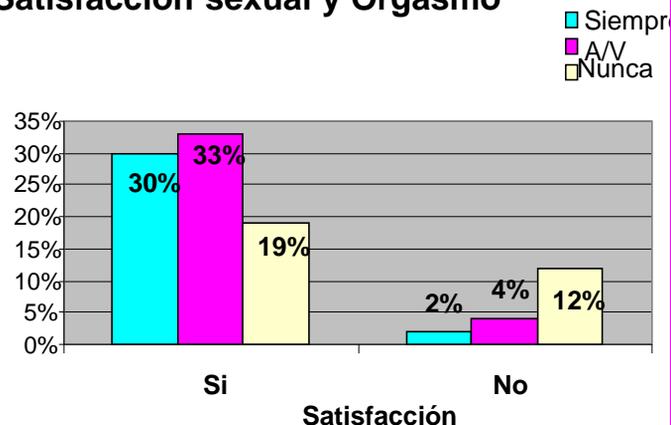
RESULTADOS

En nuestra muestra las pacientes percibieron alta satisfacción en su vida sexual. La prevalencia global de la SS fue 81% (145p/180p). La SS en pacientes que manifestaron tener pareja estable fue de 62%(111p) y las que refirieron no tener pareja estable fue 19%(34p),no siendo estadísticamente significativo ($p > 0,1$). Del total de pacientes que refirieron tener orgasmo "siempre" (32%) solo el 2% no tenía SS. El 18% de las que manifestaron "nunca" tener orgasmo si tenían SS. Estas variables presentan una tendencia lineal estadística a menor orgasmo menor satisfacción $p=0,000$ (altamente significativo)

Satisfacción sexual y Situación de Pareja



Satisfacción sexual y Orgasmo



CONCLUSIÓN

La satisfacción sexual por algunos autores ha sido conceptualizada como la etapa final del ciclo de la respuesta sexual⁽⁹⁾, como un derecho sexual y un factor clave de la calidad de vida de las personas, asociándose a un mejor estado de salud física y mental. Investigaciones cualitativas atribuyen **múltiples significados a la SS, teniendo una percepción subjetiva importante y, la actividad sexual genital implícita no sería la única forma de satisfacción sexual**⁽¹⁰⁾. En nuestra muestra la pareja estable no estaría relacionado con la satisfacción sexual, si lo estaría el orgasmo.

(9) Basson R. Female sexual response;(10) Scott VC, et al .

Patología Vulvovaginal en Niñez y Adolescencia

De Mori N ; Pereyra C; Savransky K; Tomaseli MR; Dominguez E;

Hospital Magdalena V. Martínez de Pacheco

Hospital de Clínicas José de San Martín, Área de Ginecología Programa Adolescencia

programaadolescencia@hospitaldeclinicas.uba.ar

Objetivo

Compartir las diferentes formas de presentación de la patología vulvovaginal en niñez y adolescentes que concurren al consultorio de Ginecología del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín y Servicio de Ginecología del Hospital Magdalena V Martínez de Pacheco.

Se evaluaron pacientes de 4 a 19 años durante el primer semestre del año 2017.



Material y Método

Se evaluaron 22 pacientes, 19 con infecciones del Tracto Genital, 1 traumatismo, un quiste vulvar y 1 quemadura x laser. Dentro de las infecciones destacamos la frecuente asociación entre sífilis y HPV y entre HSV y HPV.

Presentamos las imágenes destacadas de las pacientes evaluadas.



Conclusión

Llama la atención que actualmente las lesiones en tracto ano genital no suelen ser motivo de alarma pero si de consulta. Las pacientes se exponen al contagio de ITS debido a la falta de uso de preservativo, no siendo conscientes de la importancia del uso del mismo. Tampoco tienen conciencia de la cadena de contagio y su impacto en la población. Como reflexión se debe dar aun mayor importancia a la educación sexual, higiene personal y uso de preservativo así como también tener en cuenta la pesquisa temprana de sífilis, la cual impacta en mayor medida que en años anteriores.



Introducción: Al día de la fecha se han reportado miles de mutaciones predisponentes para cáncer hereditario en los genes BRCA1 y BRCA2. Estos se asocian con riesgo aumentado de desarrollar Cáncer de Mama (CM) y Cáncer de Ovario (CO) y en menor medida, CM en hombres, próstata, melanoma y cáncer páncreas. Las mutaciones en BRCA se transmiten de forma autosómica dominante.

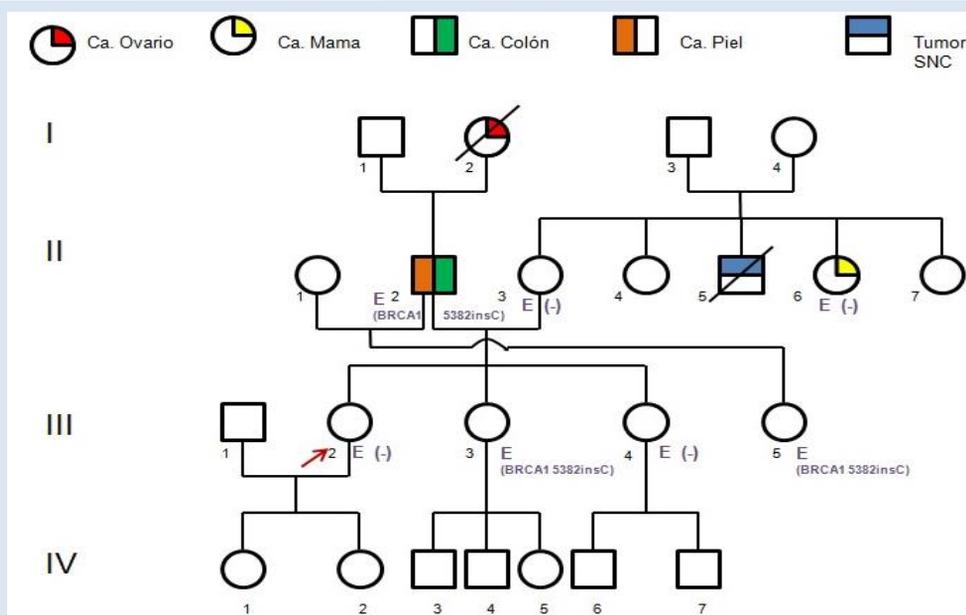
En la población Judío Ashkenazi el perfil de mutaciones fundadoras en BRCA1 y BRCA2 son distintivas: BRCA1 185delAG, BRCA15382insC y BRCA2 6174delT. Estas serían responsables del 10% de CM invasivos en las mujeres Judío Ashkenazi. Sin embargo aún no es bien conocido el riesgo que tiene esta población de portar otras variantes patogénicas en BRCA 1, BRCA 2 u otros genes involucrados en el desarrollo de CM y CO.

Objetivo: Describir el caso clínico de una familia de ascendencia Judío Ashkenazi con múltiples antecedentes de CM y CO, que fue estudiada con el panel de mutaciones distintivas de esta población: BRCA1 185delAG, BRCA15382insC y BRCA2 6174delT y sus implicancias para el asesoramiento genético (AG).

Materiales y Métodos:

Se revisó de forma sistemática la historia clínica de una familia de ascendencia Judío Ashkenazi que consultó a nuestra institución por presentar antecedentes de CM y CO.

Genealogía:



La consultante tiene como antecedente familiar su padre con diagnóstico de cáncer de colón a los 70 años, su abuela paterna fallecida con diagnóstico de CM a los 36 años, y por vía materna una tía con diagnóstico de CM bilateral a los 52 años y un tío fallecido a los 18 años con un tumor del SNC. Las hermanas III3 y III5, y su padre II2, son portadores de la variante 5382insC de clase 5 patogénica (BIC database) en el gen BRCA1 para el síndrome de CM/CO.

Discusión

La población Judío Ashkenazi tiene una alta prevalencia de mutaciones en los genes BRCA y debe ser considerada con mayor riesgo de desarrollar CM, CO, y otros cánceres.

Para realizar un correcto asesoramiento en caso de que no se detectasen mutaciones fundadoras de la población Judío Ashkenazi, se debería secuenciar completamente los genes BRCA1 y BRCA2, y evaluar la posibilidad de secuenciar otros genes asociados a predisposición para CM como el gen CHEK2, BRIP1 y NBN, aún de prevalencia incierta⁽¹⁾. Las últimas guías de práctica clínica en oncología de la NCCN (2017), sugieren realizar estudios moleculares a todas las pacientes Judío Ashkenazi con CM/CO⁽²⁾. Sin embargo detectar una mutación patogénica luego de haberse diagnosticado el cáncer, sería perder una oportunidad de prevención. Una estrategia podría ser la de ofrecer estudios moleculares a todas las mujeres Judío Ashkenazi aún sin presentar antecedentes personales o familiares de CM y/o CO.

⁽¹⁾ JAMA Oncol. 2017 Jul 20. doi: 10.1001/jamaoncol.2017.1996. Genetic Predisposition to Breast Cancer Due to Mutations Other Than BRCA1 and BRCA2 Founder Alleles Among Ashkenazi Jewish Women. Walsh T1 et al.

⁽²⁾ J Natl Compr Canc Netw. 2017 Jan;15(1):9-20. NCCN Guidelines Insights: Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian, Version 2.2017. Daly MB1, et al.



Las anomalías de los cromosomas sexuales son frecuentes, y tienen un amplio espectro clínico. Las manifestaciones pueden estar presentes desde el nacimiento o en diferentes momentos del desarrollo. Su prevalencia se estima en 2,2 por 10.000 recién nacidas vivas. Las anomalías del cromosoma X pueden encontrarse en línea pura o en mosaico, involucrando una línea monosómica y otra que incluya total o parcialmente otro cromosoma X o al cromosoma Y. Fenotípicamente las pacientes pueden presentarse con el cuadro clásico de Síndrome de Turner (Fig 1), con otras características clínicas que orienten la sospecha diagnóstica, o constituir un hallazgo cuando se solicita el estudio cromosómico por otra causa.

OBJETIVO: Describir la variabilidad fenotípica en la presentación clínica de las anomalías que involucran al cromosoma X, a partir de 6 casos de pacientes del Centro Nacional de Genética Médica.



Fig 1: Fenotipo clásico de Síndrome de Turner

Materiales y Métodos:

Se realizó una búsqueda de pacientes con anomalías del cromosoma X en la base de datos de pacientes del Centro Nacional de Genética Médica. Se revisaron las historias clínicas y se clasificaron por motivo de consulta. Se seleccionaron 6 casos de pacientes con diferentes motivos de consulta.

Resultados:

Paciente	Motivo de consulta	Edad de consulta	Fenotipo	Cariotipo
1	Sospecha de Síndrome de Turner	43 años	Talla:-2,5 DS Luxación de cadera, cuello corto con pterigium, hipoacusia, epicanto, paladar angosto, Línea de implantación de cabello baja, tórax ancho, 4 y 5 metacarpiano cortos, hallux valgus bilateral, mamas Tanner 4, vello pubiano acorde a edad	45, X [4]/46, XX [46]
2	Discapacidad intelectual	9 años	Talla: -1 DS Paladar ojival, cuello corto, pectus carinatum, edema de manos cubito valgo, hallux ancho, nariz dorso corto, puente nasal prominente.	45, X [50]
3	Embarazo en curso + anomalía del X	21 años	Talla baja, hipotiroidismo	45, X[14]/46, XX [4]/47, XXX [4]
4	Infertilidad	32 años	Fenotipo familiar	45, X [43]/46, XX [71]
5	Falla ovárica precoz	36 años	Talla: -3 DS, paladar alto, clinodactilia del 5° dedo, 4° y 5° dedo cortos Oligomenorrea, ciclos irregulares, mamas tanner 5	45, X [43]/47, XXX[3]/46, XX [4]
6	Síndrome de Turner	1 año 7 meses	Talla: -2 DS, implantación de cabello baja, dorso de la nariz recto, puente nasal deprimido, cuello corto	46,X, i(q10) [17]/ 45, X [13]

Discusión:

Las manifestaciones clínicas en pacientes con anomalías del cromosoma X son muy variadas. Es una condición a tener en cuenta en cualquier etapa del desarrollo. Debido al amplio espectro clínico, es importante pensar en esta entidad en pacientes con diversos motivos de consulta como baja talla en la infancia, amenorrea primaria o secundaria, infertilidad, falla ovárica precoz o discapacidad intelectual. En todos estos casos, es fundamental la consulta con el Especialista en Genética Médica, para valorar la sospecha clínica, establecer una estrategia diagnóstica, un correcto asesoramiento y orientación para el manejo clínico multidisciplinario de estas pacientes. La derivación oportuna es necesaria para el bienestar de la paciente, ya que el diagnóstico tardío tiene implicancias físicas y psíquicas sobre las pacientes y sus familias.



SINDROME DE PERRAULT: A PROPOSITO DE UN CASO

Bevilacqua F., Martinez CR., Damia AL., Ruggiero C.
Centro Nacional de Genética Médica "Dr Eduardo E. Castilla", ANLIS,

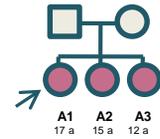
Argentina

El síndrome de Perrault (OMIM: #233400, #614926, #614129, #615300, #616138, #607435) es una entidad clínica autosómica recesiva que se caracteriza por hipoacusia neurosensorial en ambos sexos y disgenesia gonadal en mujeres. La edad media de diagnóstico es de 22 años. La pérdida auditiva es neurosensorial y bilateral, pero su severidad es variable incluso en pacientes afectados de la misma familia. En las mujeres se ha detectado disgenesia ovárica, pero en los hombres no se detectan trastornos gonadales. La amenorrea generalmente es primaria pero también se ha reportado amenorrea secundaria. En informes más recientes se han descrito alteraciones neurológicas, especialmente ataxia cerebelosa progresiva y déficit intelectual. Los signos neurológicos son progresivos y aparecen tardíamente; sin embargo, se ha observado retraso motor o caídas frecuentes a edad temprana. Otras alteraciones neurológicas asociadas son ataxia, dispraxia, movimientos extraoculares limitados y polineuropatía. El diagnóstico se confirma por la presencia de mutaciones en los genes LARS2, HSD17B4, HARS2, TWNK, CLPP, ERAL1.

OBJETIVO: Descripción fenotípica de tres hermanas con diagnóstico clínico de Síndrome de Perrault y comparación con lo reportado en la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Se trata de las únicas 3 hijas de una pareja no consanguínea, referida sana.
No se detectan antecedentes familiares de relevancia.



	A1	A2	A3	SÍNDROME DE PERRAULT
Edad	17 años 6 meses	15 años	12 años 7 meses	-
Renal	Doble sistema ureteral	Normal	Dilatación pielocalicial	-
Síntomas neurológicos	Convulsiones	No	No	RETRASO MOTOR, DISCAPACIDAD INTELECTUAL. ATAXIA CEREBELOSA, NEUROPATÍA PERIFÉRICA
Hipoacusia	Si	Si	No	MODERADA A SEVERA. PROGRESIVA
Desarrollo puberal	Tanner 1/2	Tanner 1/2	Tanner 3. Menstruaciones regulares.	AMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA
Cariotipo	46, XX	46, XX	46, XX	46, XX
Otros estudios genéticos	EYA1 (Síndrome branquio-otorenal): Secuenciación de exones del 3 al 10: Sin variaciones de secuencia.	NC	FMR1(PCR Y Southern Blot): 18 y 29 repeticiones (rango normal)	LARS2, HSD17B4, HARS2, TWNK, CLPP, ERAL1. DESCONOCIDO
Neuroimagen	RNM: normal	RNM: normal	RNM: normal	NORMAL
Ecocardiograma	normal	normal	NC	NORMAL
CI Total	54	56	56	DISCAPACIDAD INTELECTUAL.
Ecografía Ginecológica	No se identifican genitales internos	Hipoplasia uterina. No se identifican imágenes anexiales	NC	DISGENESIA GONADAL
Perfil hormonal	Hipogonadismo hipergonadotrófico	Hipogonadismo hipergonadotrófico	NC	HIPOGONADISMO HIPERGONADOTROFICO

NC: No consta; RNM: Resonancia Nuclear Magnética; CI: Coeficiente Intelectual.

DISCUSIÓN

Se sospecha el Síndrome de Perrault en las dos hermanas mayores por los antecedentes genealógicos, rasgos clínicos y estudios complementarios. Aunque en A3 el cuadro clínico está menos definido, éste podría ser consistente con dicho síndrome. Se solicitó estudio molecular de los genes LARS2, HSD17B4, HARS2, TWNK, CLPP, EARL1 a realizarse en primera instancia en A1. El resultado aún se encuentra pendiente.

El seguimiento de estas pacientes debe ser multidisciplinario. El Síndrome de Perrault presenta expresividad clínica variable y heterogeneidad genética. A la fecha existen pacientes reportados con diagnóstico clínico en los que no se han encontrado mutaciones en los genes implicados. Su prevalencia es desconocida y probablemente se encuentre subdiagnosticado.

Como conclusión, el síndrome de Perrault debería descartarse en mujeres con amenorrea primaria o secundaria, con hipoacusia y cariotipo normal. En estos casos debería solicitarse el estudio molecular para los seis genes conocidos.

ABUSO SEXUAL EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Estrategias de abordaje en el CESAC 6 (Soldati-H. P. Piñero)

Autores: Dra. Tomaselli, MR; Dra. Guillermon, Lic. A; Szwarcman, E Dr. Pardini, M; Lic. Moris, G

INTRODUCCION: El AS, en NNYA, es un delito grave, porque la victima no puede dar su consentimiento sexual, y la misma es obligada/o, a realizar practicas no deseadas por el sometimiento físico y psicológico, debido a la diferencia de poder y autoridad con el agresor.

El diagnostico temprano, y tratamiento oportuno, pueden disminuir de manera sensible, el impacto patológico de esta experiencia traumática.

OBJETIVOS: Detección temprana del abuso y protección inmediata de la victima, ofreciéndole contención y tratamiento interdisciplinario correspondiente. Informar y orientar sobre la importancia de restablecer sus derechos y garantías .

MATERIAL Y METODOS; Se atendieron 60 pacientes en el periodo comprendido entre Junio 2016 a Junio 2017.

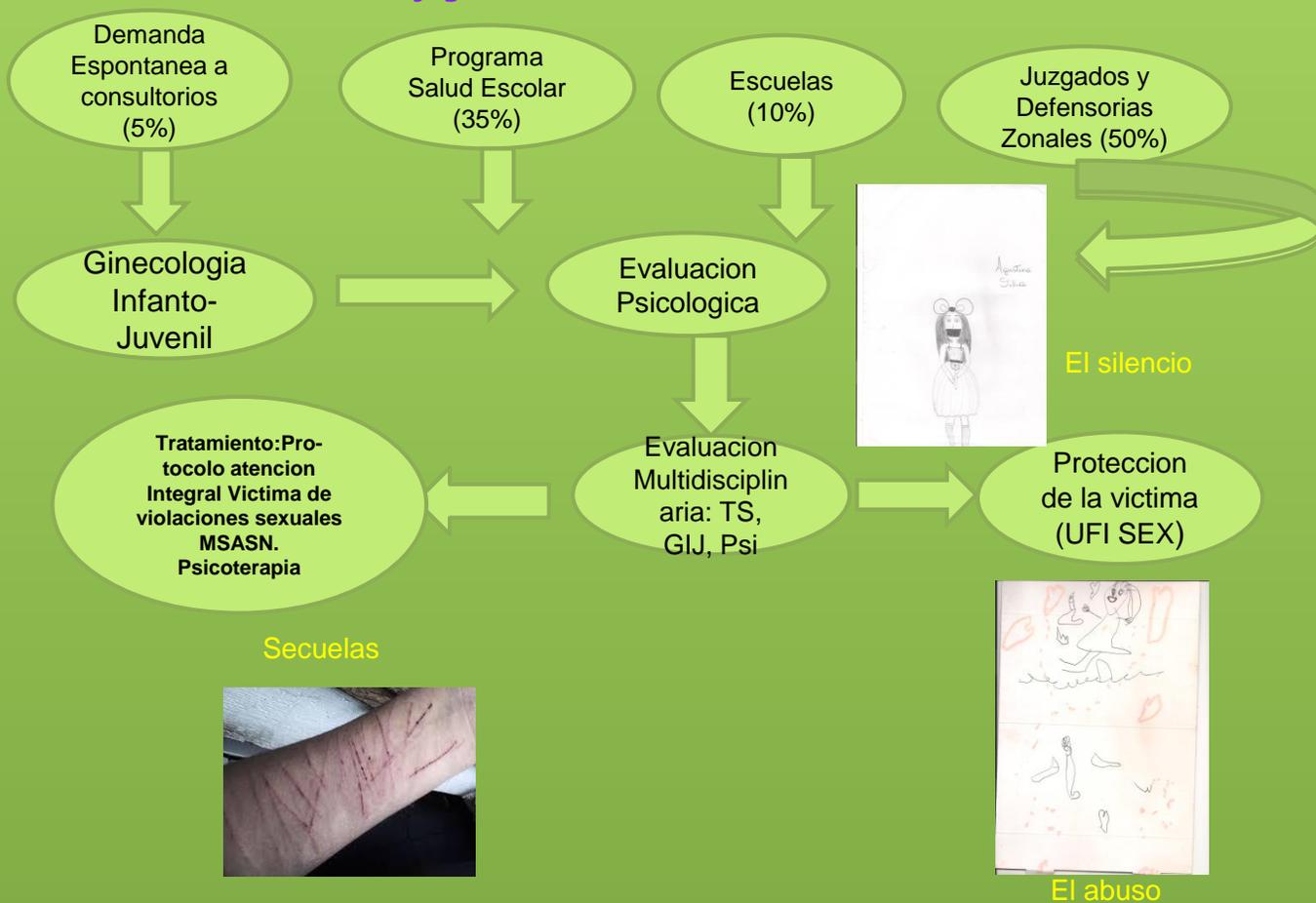
(50% derivados por Fiscalías y Defensorías Zonales. 10% derivados por escuelas, 35% programa Salud Escolar, 5% Demanda Espontanea)

Utilizamos material de Historias Clínicas de ginecología, pediatría, trabajo social y psicología.

En psicología se llevo a cabo entrevista, se aplico Bateria Psicodiagnostica, utilizando elementos de Bender, HTP, CAT, TAT y Familia.

Pautas de alarma: Derivación escolar, Trastornos de la conducta, del aprendizaje, de la persona social y/o autoagresión.

Flujograma AS en NNYA en CESAC 6



Conclusion: La detección del AS en NNYA es muy difícil por el silenciamiento de la victima debido al miedo, vergüenza y amenazas, dado que en muchos casos no hay lesiones visibles. El trabajo interdisciplinario, permite detectar tempranamente el ASI, contener y proteger a la victima. Concientizar desde la salud y la escuela a la sociedad de la importancia de no ocultar el hecho, es lo que va a permitir a la victima, tener una oportunidad de asistencia y tratamiento, evitando daños psico físicos a futuro.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LOS CARCINOMAS MUCINOSOS PUROS Y MIXTOS DE LA MAMA

Bevilacqua, José; Petricevic, Miguel; Mendoza, Mercedes; Petruzzi, Andrea;
Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra
Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: El carcinoma mucinoso de la mama (CMM) es un tumor con componente mucinoso del 50% o más. Teniendo en cuenta la cuantificación de su celularidad, se divide en los subtipos puro (CMMP) y mixto (CMMM). El primero presenta un 90% o más de componente mucinoso en el tejido tumoral. Por otra parte, el CMMM está constituido por áreas mucinosas que cubren más del 50% pero menos del 90% del área total, como así también de una mezcla con carcinoma ductal infiltrante.

OBJETIVO: Establecer una comparación entre las características clínicas y los resultados terapéuticos de pacientes tratadas en nuestro hospital por CMMP y CMMM.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 22 mujeres tratadas por CMMM entre enero del 2000 y marzo del 2015. El CMMP se presentó en 11 pacientes (50%), al igual que el CMMM (50% restante). En el siguiente cuadro se sintetizan las variables de estudio y los resultados obtenidos.

RESULTADOS:

VARIABLES	CMMP	CMMM
Edad promedio	64 a. (r:39-87 a.)	61 a. (r:43-81 a.)
Estadios TNM	E I: 4 c. (36,3%) E II: 5 c. (45,4%) E III: 2 c. (18,3%)	E I: 3 c. (27,2%) E II: 1 c. (9,3%) E III: 3 c. (27,2%) E IV: 4 c. (36,3%)
Tto. Conservador	9 c.	4 c.
Mastectomía	2 c.	6 c.
Inoperable		1 c. (solo QT)
Adyuvancia	RT: 7 c. QT: 1 c. HT: 3 c.	RT: 3 c. QT: 3 c. HT: 1 c.
pT promedio	2,5 x 2,2 x 1,6 cm	2,6 x 2,3 x 2 cm
pN0	6 c.	2 c.
pN (+)	2 c.	2 c.
pN (++)	(-)	5 c.
Evolución	Vivas: 7 c. † por comorb: 1c Desconocida: 3c	3 c. † por progr: 3c † por MTS cerebral: 1c Desconocida: 4c

CONCLUSIONES: 1- La edad promedio de las pacientes fue similar en ambos subgrupos. 2- Hubo un predominio de estadios iniciales (y por consiguiente de tratamientos conservadores) en mujeres con CMMP.

3- El pt promedio fue similar en ambos subtipos tumorales.

4- Las pacientes con CMMP tuvieron menor afectación ganglionar axilar, y por ende, mayor sobrevida.

**CÁNCER EPIDERMOIDE DE CUELLO UTERINO E IIIB: ¿TRATAMIENTO
ADECUADO O NECESIDAD DE UN CAMBIO DE PARADIGMA?
Bevilacqua, José; Cafaro, Palma; Gorosito, Cecilia; Fonseca, Mariela;
Sgarzini, Celeste; Ostrowsky, Carlos
Servicio de Ginecología. Hospital Iriarte de Quilmes**

INTRODUCCIÓN: La estadificación clínica FIGO 2009 define al estadio IIIB de cáncer de cuello uterino como aquel tumor con extensión parametrial a la pared pélvica y/o que causa hidronefrosis o riñón no funcionando. Los diferentes centros basan el tratamiento del mismo en la quimiorradiación concurrente o bien en la radioterapia más braquiterapia. ¿Pero son suficientes?. Si nos atenemos al diagnóstico clínico propuesto por FIGO (tal como sucede en la mayoría de los hospitales del país) sin una correcta evaluación de áreas críticas como los parametrios y/o ganglios pelvianos/lumboaórticos, no podremos conocer la real extensión de la enfermedad y esto, sin duda, tiene implicancias en la terapéutica y en la evolución oncológica de las pacientes.

OBJETIVO: Evaluar aspectos clínicos, terapéuticos y evolutivos de pacientes con cáncer de cuello uterino E IIIB.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 32 mujeres con diagnóstico clínico de tal estadio, tratadas en nuestro hospital entre enero del 2002 y diciembre del 2014. Para tal fin se estudiaron las siguientes variables:

VARIABLES	Ca de cuello uterino EIIIB n:32
Edad promedio	51 a. (r: 34-83 a.)
Motivo de consulta	Derivada de nosocomio público: 9 c. Pérdida hemática por genitales: 13 c. Sinusorragia: 1 c. Derivada de centro privado: 5 c. Derivada de otro país: 2 c. Metrorragia de la PM: 2 c.
Metodología diagnóstica	Biopsias dirigidas por colposcopia: 30 c. RUF: 1 c. Conización por LEC (+): 1 c.
Grado de diferenciación tumoral	GH1: 4 c. GH2: 20 c. GH3: 4 c. No especificado: 4 c.
Tamaño tumoral promedio (clínico)	5 cm (r: 2 – 8 cm)
Compromiso vaginal (clínico)	11 c.
Compromiso parametrial (clínico)	Unilateral: 22 c. Bilateral: 10 c.
Tratamiento	RT/BT: 21 c. QT/RT/BT: 7 c. QT+RT/BT: 2 c. Lig. arteria hipogástrica/RT: 1 c. QT/RT inconclusa: 1 c.
Evolución	Viven: 6c, † por progresión: 15c, † por recidiva local: 1c, por mts a intestino delgado: 1c y por mts suprarrenal: 1c, Desconocida: 8c.

CONCLUSIONES: La estadificación clínica no permite detectar la extensión de la enfermedad a los ganglios paraaórticos. Si bien la estadificación quirúrgica en cáncer avanzado de cuello uterino es controversial, el conocimiento del estado ganglionar pelviano y lumboaórtico a través de una cirugía mínimamente invasiva nos permitiría diseñar una radioterapia a medida.

15 Casos de Carcinoma Cervical Escamoso Invasor en Mujeres Menores a 34 años. Nuestra experiencia.

Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield. Servicio de Ginecología. Sección Ginecología Oncológica.

Autores: Dres. M. I. Demonte, G. Antico; V. Vargas Leytón; P. Ansotegui; D.A. Rodríguez.

Introducción y objetivos

El carcinoma cervical (CC) uterino es la segunda causa de muerte femenina en países en vías de desarrollo. Tiene un pico de incidencia entre la cuarta y quinta década de la vida. Sin embargo la infección temprana por HPV estaría adelantando la aparición del carcinoma invasor en una década. **Objetivos:** Exponer 15 casos de CC escamoso invasor en menores de 35 años diagnosticados en nuestro Servicio. Se hará una evaluación de las características epidemiológicas y clínicas.

Material y métodos

Retrospectivo descriptivo analítico transversal. Se realizó la revisión de historias clínicas, fichas de Ginecología Oncológica, libros y base de datos informática de Anatomía Patológica de todas las pacientes con diagnóstico por biopsia de carcinoma cervical invasor en un período comprendido entre abril de 2015 a abril de 2017. **Criterios de inclusión:** pacientes < de 35 años con diagnóstico de cáncer cervical escamoso, estadios FIGO IA1 – IVB. **Criterios de exclusión:** pacientes >/= a 35 años, variedad no escamoso, carcinoma in Situ, estadificación FIGO incompleta. **Variables (V):** edad, paridad, IRS, ITS, NPS, MAC (método anticonceptivo), tabaquismo (TBQ), motivo de consulta (MC), inmunodeficiencias, número de gestaciones (Nº G), edad de primer gestación (EPG), estadio FIGO, tratamiento.

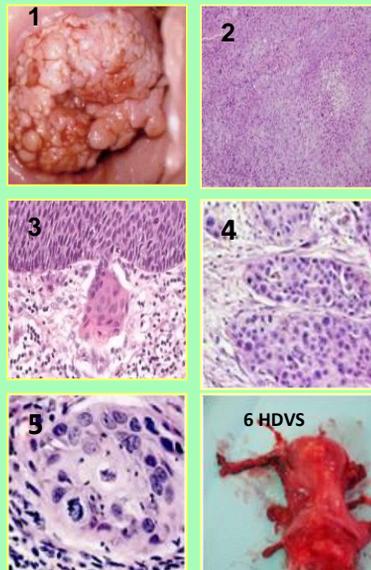
Resultados

De un total de 25 pacientes con CC Escamoso, 15 fueron < de 35 años, constituyendo un 60%.

Rango etario: 18-34 años. Mediana edad: 30. Edad promedio: 24,9. Edad promedio de IRS: 15,4. El 80% inició relaciones sexuales antes de los 17 años. Promedio NPS: 4,7. Ninguna presentó antecedentes de ITS. Rango de gestaciones: 1-8, con un promedio de 4,4. Una paciente presentó antecedente de embarazo ectópico tubario (caso 5). El 40% había tenido >/= de 4 partos vaginales. Seis pacientes presentaron embarazos entre 14- 36 meses previos al diagnóstico de cáncer cervical.

MAC: 13,3% ACO, 46,6% ninguno, 33,3% preservativo masculino y el 6,6% DIU. Sólo dos eran fumadoras (13,3%). Una adicta a cocaína y paco (6,6%). Sólo una paciente fue HIV+ (SIDA) (6,6%) **MC** (principal): 4: 1º control ginecológico (26,6%), 4: sinusorragia (26,6%), 1: control del embarazo (6,6%), 5: ginecorragia (33,3%) y una por control de DIU (6,6%). Trece se diagnosticaron en estadios avanzados (86,6%). Diez (66,6%) realizaron quimio-radio concurrencia (QTRT) con CDDP semanal a 40 mg/m²/día junto con la radioterapia externa. Posteriormente realizaron braquiterapia de alta tasa de dosis. El rango de duración del tratamiento fue 56- 90 días con un promedio de duración de 64,9 días. El 100% recibió más de 8000 CGy en el punto A; rango de dosis 8100-8540 cGy. Dos (13,33%) fueron operadas. Tres realizaron tratamiento paliativo (20%). El 100% era de bajo nivel socio económico cultural. Tres fallecieron dentro de los dos meses del diagnóstico (20%).

V	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8	Caso 9	Caso 10	Caso 11	Caso 12	Caso 13	Caso 14	Caso 15
Edad	18	25	26	27	28	28	30	30	30	30	30	31	32	33	34
IRS	15	10 Abuso	14	17	15	16	15	16	14	14	19	14	22	16	15
NPS	2	4	20	10	5	4	4	5	2	3	2	3	2	4	1
NG	1	6	4	3	7	4	8	8	2	7	3	7	0	5	2
Partos	1 No	6 No	2 3	3 NO	5 1	P1C2 1	P6C1 1	P6C1 1	2 NO	7 No	3 No	P1C1 5	0 0	P4C1 0	P1C1 0
AB	17	15	15	18	18	16	17	16	17	18	20	18	17	19	16
EPG	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	+	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)
HIV															
MC	sinuso-rragia	Control anual	Control DIU	Sinuso-rragia	Control anual	Gineco-rragia, dolor pelviano 10/10	Gineco-rragia.	Control anual	Felidez y sinusorragia	Gineco-rragia y sinusorragia	Gineco-rragia y felidez	Gineco-rragia	Gineco-rragia	Control gestacional (34 sem).	Control anual
E FIGO	II B	IB1	IB2 7 cm	IV B Hueso, ganglios inguinales, pedúnculo	I A1	IV B Hueso, ganglios inguinales	IB2 8 cm	IB2 7 cm	III B bulky 9 cm	III B	III B URO	III B bulky 10 cm URO	IV B Ganglios inguinales y pedúnculo.	III B	II B Bulky 10 cm
TTO	QTRT	Piver III	QTRT	Paliativo, PS 4	Piver 1	Paliativo PS 4	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT	Paliativo PS 4	Césarea 34 sem/ QTRT



Conclusión

Los factores de riesgo más relevantes para desarrollar cáncer cervical invasor a edad </= a 35 años fueron: IRS antes de los 17 años, NPS >/=3 y edad al primer embarazo </= a 18 años.

Consideramos el screening cervical en pacientes < de 25 años con factores epidemiológicos de riesgo. Así mismo recomendamos el estudio del tracto genital inferior en toda embarazada ya que es, en ocasiones, la única oportunidad en que las mujeres de bajos recursos socio económicos culturales acuden al sistema sanitario.

- **Foto 1:** tumor cervical del caso 2.
- **Foto 3:** carcinoma epidermoide microinvasor del caso 5
- **Fotos 2,4,5:** carcinoma epidermoide invasor a distintos aumentos.
- **Foto 6:** pieza quirúrgica de cirugía de Piver III (caso 2)

Evaluación de una población de pacientes con osteoporosis luego de la suspensión del tratamiento con Denosumab



Autores: Premrou MV, Alvarellos M, Cuccia M, Eugenio ML, Faraldo MJ, Fernández AC, Segura E, Maffei L. Maffei Centro Medico. CABA

Introducción

El denosumab es un anticuerpo monoclonal que neutraliza la actividad del RANK ligando. Es un potente inhibidor de la resorción ósea. Mejora la Masa ósea y disminuye el riesgo de fractura. Su suspensión se ha asociado a un marcado aumento del turno ver óseo, a una disminución rápida de la masa ósea y a un aumento de riesgo de fractura vertebral. Las fracturas vertebrales se han observado con mayor frecuencia en pacientes naive de tratamiento y con antecedentes de fracturas vertebrales previas.

Objetivo: el objetivo de este trabajo fue evaluar a nuestras pacientes luego de la suspensión de tratamiento con denosumab, ver el impacto en su masa ósea y la presencia de fracturas vertebrales

Materiales y métodos: se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes(p) tratados con Denosumab. Fueron incluidos los pacientes que discontinuaron el tratamiento y volvieron a ser evaluados en el termino de 12 meses. Se analizaron los datos de laboratorio, los cambios en la DMO y la presencia de fracturas

Resultados: 21 p fueron analizados, siendo 20 mujeres y un hombre con una media de edad = $66,1 \pm 9,8$ años (entre 50 y 84 años)

Tiempo promedio de tratamiento = $2,2 \pm 0,8$ años (de 1 a 4 años).

10 p habían recibido tratamiento previo (47,61%) 9 con Bifosfonatos y 1 con Ranelato de Estroncio

Se compararon los valores de densitometría en raquis lumbar (RL) y cuello femoral (CF) basal, a los 12 meses bajo tratamiento con Denosumab y 12 meses post suspensión. Y la presencia de fracturas vertebrales.

El promedio de DMO (expresado en g/cm^2) basal en RL fue de 0.885 ± 0.128 , evaluado en 21 p. A los 12 meses post Denosumab evaluado en 15 p fue de 0.897 ± 0.105 , y 12 meses post suspensión evaluado en 18 p fue 0.899 ± 0.121 . No hubo diferencias significativas entre basal y 12 meses de tratamiento $p: 0.07$, ni entre 12 meses de tratamiento y 12 meses post suspensión $p: 0.491$. (test de t para muestras pareadas).

El promedio de DMO basal en CF fue evaluado en 17 p siendo 0.711 ± 0.087 , luego de 12 meses de tratamiento con Denosumab en 13 p siendo 0.730 ± 0.091 , y 12 meses post suspensión de tratamiento antiresortivo en 18 p siendo 0.737 ± 0.085 . No se observaron diferencias significativas entre el basal y 12 meses post tratamiento $p: 0.257$, ni entre 12 meses de tratamiento y luego de la suspensión $p: 0.429$ (test de t para muestras pareadas).

El valor promedio de cross laps basal (expresados en pg/ml) fue evaluado en 13 p, fue de 436, a los 12 meses de tratamiento con Denosumab evaluado en 12 p fue de 100 y a los 12 meses de suspensión evaluado en 16 p fue de 549. Las diferencias entre basal y 12 meses tuvieron una $p: 0.000$, entre 12 meses y suspensión $p: 0,002$ y entre basal y post suspensión $p: 0,08$ (NS) test de t para muestras pareadas.

No hubo ningún registro de fractura vertebral luego de la suspensión del tratamiento.

Conclusiones: en este grupo de pacientes con osteoporosis, luego de la suspensión del tratamiento con Denosumab no se observo un deterioro significativo de la masa ósea, ni la aparición de fracturas vertebrales. Si observamos un aumento significativo de los marcadores de resorción ósea.

OBJETIVO

Analizar las variables epidemiológicas y fenotípicas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama a las que se le realizó Técnica de Ganglio Centinela (GC).

MATERIAL Y MÉTODOS

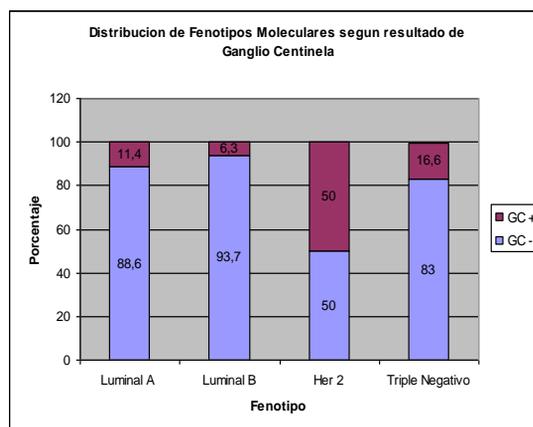
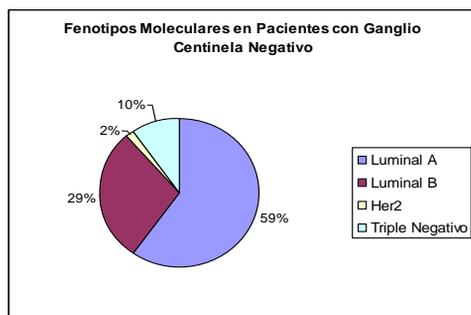
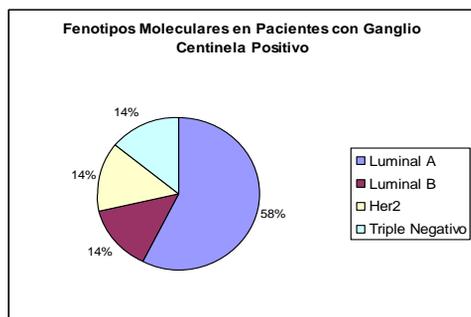
Estudio observacional retrospectivo descriptivo del análisis de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Mama (CM) en estadios iniciales a los que se le realizó la técnica de GC entre febrero del 2011 a junio del 2017. Las variables analizadas fueron: edad de las pacientes, tipo histológico, tamaño tumoral, fenotipo tumoral, compromiso ganglionar y status hormonal. Se incluyeron los estadios iniciales (T1 y T2 con tamaño tumoral hasta 3cm) y axila clínicamente negativa.



RESULTADOS

Del total de 59 pacientes incluidas en el estudio: 7 (11.86%) presentaron metástasis en el GC. En este grupo, la edad media de pacientes fue de 54.8 años, siendo el 71.4 % postmenopáusicas, el tipo histológico mas frecuente fue el Ca ductal invasor tipo NOS, el grado histológico más frecuente fue el GH3 (57.2 %), la media del tamaño tumoral fue de 1.66 cm (4 pacientes fueron T2 y 3 pacientes T1). Respecto al fenotipo se observó que el 57.4 % (4) fueron Luminal A, y tanto Luminal B (1), Her2 (1) y triple negativo 14,3% (4) cada uno. Cabe remarcar que en 6 de las pacientes sometidas a linfadenectomía, el único ganglio positivo fue el GC.

En comparación, el grupo con GC negativo, tuvo una edad media de 55.4 años, de las cuales el 55.8 % fueron postmenopáusicas. El tipo histológico más frecuente fue igualmente el Ca ductal invasor tipo NOS, el grado histológico predominante fue el GH2 (46.15 %) La media del tamaño tumoral fue de 1.71 cm (35 pacientes fueron T1 y 17, T2) Respecto al fenotipo tumoral, se encontró que el 59.6% fueron Luminal A, 28.8% Luminal B, Her2 1.9 % y triple Negativo 9.6% .



CONCLUSIONES

Entre ambos grupos no se han encontrado diferencias significativas en cuánto a la edad, tipo histológico, fenotipo y status hormonal. A pesar del escaso número de casos analizados, se encontró que los tumores mayores a 2cm tuvieron una tendencia mayor a presentar GC positivo y a su vez, los positivos, tuvieron mayor grado histológico (50% GH3). Resulta interesante, de acuerdo a nuestros resultados, que en concordancia a lo publicado en los últimos años, el GC positivo resultó ser el único ganglio positivo en la linfadenectomía axilar complementaria, lo que aporta a la discusión la necesidad de efectuarla en casos seleccionados.