

**Vol 8. Año 13. N° 1 // Agosto 2019**

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 8 año 13 nº 1 // Agosto 2019*

**Comisión Directiva 2019-2021**

<b>Presidente</b>	Dra. Claudia Roxana Scalise
<b>Vicepresidente</b>	Dra. Alejandra Belardo
<b>Secretario</b>	Dra. Silvana Arena
<b>Prosecretario</b>	Dra. Laura Elena Maffei
<b>Tesorero</b>	Dr. Ignacio Pérez Tomasone
<b>Protesorero</b>	Dra. Élide Rodríguez
<b>Secretario de Actas</b>	Dra. Dra. Katherine Ballivian
<b>Vocales Titulares</b>	<b>Vocales Suplentes</b>
Dr. Alejandro Ariel Hakim	Dra. Susana Moggia
Dra. Silvia Orenstein	Dr. Jorge Bustos
Dr. Martín Rotella	Dr. Ignacio del Carril
Dra. Verónica Mendez	Dra. Delfina Tatti
Dra. Claudia González	Dr. Alan Guetmonovich
Dra. Martha Tutzer	Dr. Damián Serrano Lopez
<b>Revisor de Cuentas Titular</b>	Dra. Lucía Cibeira
<b>Revisor de Cuentas Suplente</b>	Dra. Priscila Holub
<b>Comisión de Educación Continua</b>	Dra. Paola Mendiola Dra. María Clara Gómez Lissarrague. Dra. Graciela Scagliotti
<b>Comisión de Socios</b>	Dr. Héctor Couto Dra. Bárbara De Nardo
<b>Comisión de Publicaciones</b>	Dra. Claudia Negri Dra. Natalia Rusman

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

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

Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.

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

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

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

Personería jurídica: I.G.J. 569 del 30 de Julio de 2007

DIR.: Monroe 2681- Capital Federal (1428) Buenos Aires, Argentina

Te l: 4543-0759



## **Resúmenes de Trabajos de Ginecología**

presentados en el

**11º Congreso Internacional  
13º Congreso Argentino  
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

**28 y 29 de Agosto de 2019**

	<b>Título Poster</b>	<b>Autores</b>	<b>Institución</b>
1	Cáncer de mama en mujeres jóvenes (35 o menos años)	Dr Bevilacqua, José; Dr Petricevic, Miguel; Dra Cerignale, Florencia; Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Celestino, Daniela; Dra Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
2	Mastitis granulomatosa de células gigantes: a propósito de un caso	Illescas, M., Baquerizo, N., Corazza, F., Schiavi, C., Filippo, H	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
3	Incidencia y supervivencia en menores de 40 años con cáncer de endometrio	Gentini Agostina, Antunes Daniela, Retamozo Jose, Pesado Analia, Mendez Martin	Htal. D. F. Santojanni
4	17 casos de carcinoma cervical uterino escamoso invasor en menores de 35 años. Nuestra experiencia en cuatro años.	Dras. Marina Demonte, Gimena Antico, Verónica Vargas Leyton.	Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield.
5	Enfermedad hemolítica neonatal: reporte de un caso	Carrara ,J ; Fenoglio, S; Grimoldi, S; Mendiola, P ; Maita N	Hospital Materno Infantil "Argentina Diego", Azul
6	Extrusión espontánea de prótesis mamaria	Santarella C., Solucci C., Kuszniere S., Recamán No., Olivares G.	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
7	Recurrencias a distancia en el cáncer de cuello uterino	Dr Bevilacqua, José; Dra Garganta, Agustina; Dra Villarruel, Agustina; Dr Ostrowsky, Carlos, Dra Celestino, Daniela; Dra Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
8	Valor de la ecografía axilar preoperatoria en pacientes con cáncer de mama	Oteiza Belen; Bergamo Nadia; Salgado Romina; Vico Nadia; Avegno María	Htal. D. F. Santojanni
9	Miomatosis uterina, a propósito de un caso	Santarella, C; Fanego, C; Ginesin, S; Gomez Vara, V, Corazza, F; Villafañe, B; Filippo, H.	Hospital General De Agudos "Dr. Ignacio Pirovano"
10	Cáncer invasor de cérvix uterino asociado a embarazo. Reporte de 2 casos clínicos.	Dras. Marina Demonte, Verónica Vargas Leyton, Gimena Antico.	Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield.
11	¿Qué saben las pacientes sobre el screening ginecológico?	Salgado R., Bergamo N., Antunes D., Domingo L., Améstica G.	
12	Obesidad sarcopénica en mujeres adultas	Torresani ME, Alorda MB, Belén L, Rossi ML, Squillace C, Maffei L.	Centro Médico Maffei
13	Correlación entre el cáncer de mama triple negativo y KI-67	Dr Bevilacqua, José; Dr Petricevic, Miguel; Dra Mendoza, Mercedes; Dra Cafaro, Palma; Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
14	Endometrioma de músculo oblicuo mayor de abdomen	Dr Bevilacqua, José; Dra Perez Passalacqua, Andrea; Dra Merino, Andrea; Dra Pavon, Eugenia; Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes

	<b>Título Poster</b>	<b>Autores</b>	<b>Institución</b>
15	La cuestión de los márgenes quirúrgicos en el cáncer invasor de mama	Dr Bevilacqua, José; Dra Gorosito, Cecilia; Dr Klinton, Enrique; Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Celestino, Daniela; Dra Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
16	Lallazgos colposcópico e histológicos en pacientes con citología ASC-US	Grillo, M; Ramírez Picollo, C; Cibeira, L; Cena, MF; Kunzi, G; Raya, SM	División Ginecología Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía Buenos Aires.
17	Respuesta densitométrica al uso de bifosfonatos post Denosumab	Valeria Premrou, María Laura Eugenio, Ana Clara Fernández, Clara Arnaude, Estefanía Mendioroz, Eugenia Segura, y Laura Maffei.	Centro Médico Maffei
18	Mastitis Crónica Granulomatosa Idiopática: Reporte de 3 casos clínicos y Revisión Bibliográfica.	Autores: Demonte M; Seilicovich Y; Modarelli F; Serchenko A; Carini M; Stofa N; Ansotegui P.	Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield (HGADVS).
19	Blastomas Ováricos Mayores a 10 Kg. Reporte de 9 Casos Clínicos.	Dras. Marina Demonte, Graciela Alonso, Gimena Antico, Yamila Seilicovich, Ana Pascali, Florencia Modarelli.	Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield (HGADVS).

# CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES (35 o menos años)

Dr Bevilacqua, José; Dr Petricevic, Miguel; Dra Cerignale, Florencia;  
Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Celestino, Daniela; Dra Scursoni, Alejandra  
Servicios de Ginecología, Oncología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes



**INTRODUCCIÓN:** Menos del 1% de todos los cánceres de mama ocurre en mujeres menores de 35 años. Esta patología suele tener un comportamiento más agresivo y por ende, un peor pronóstico que el de las mujeres afeasas.

**OBJETIVO:** Evaluar las características clínico-patológicas del cáncer de mama en mujeres jóvenes, de 35 o menos años.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 10 mujeres menores de 35 años, diagnosticadas y tratadas en nuestro hospital por cáncer de mama entre el 01-01-2003 y el 31-12-2018. Las variables de estudio fueron: 1-Edad promedio, 2-Antecedentes familiares, 3-Estadio clínico, 4-Tratamiento primario, 5-Hallazgos histopatológicos, 6-Reintervenciones, 7-Tratamiento adyuvante y 8-Evolución.

**RESULTADOS:** Se mencionan en el siguiente cuadro.

## CÁNCER DE MAMA EN MUJERES MENORES DE 35 AÑOS. n:10

EDAD PROMEDIO	31 años (r: 24-34 años)
ANTECEDENTES FAMILIARES 1°	Cáncer de Endometrio: 2 casos Cáncer de Páncreas: 1 caso
ESTADIO CLÍNICO	E I: 2c, E II: 1c, E III: 7c.
TRATAMIENTO PRIMARIO	Quimioterapia (QT) (únicamente): 4c, Nodulectomía: 2c, Cuadrantectomía: 1c, Cuadrantectomía postQT+ Vac. Axilar (VA): 1c, Mastectomía postQT + VA: 2c.
HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS (HP)	<b>A-</b> Ca Ductal Invasor (CDI): 90%, GH2: 5 c. Tamaño promedio de la lesión (incluye 2 ypT): 3,2 x 1,6 x 1 cm (r: 1 x 1 x 0,5 – 5 x 2 x 1 cm) <b>B-</b> Ca Lobulillar Infiltrante GH3, ypT: 9,5 x 8,5 x 3 cm. <b>C-</b> Vaciamiento Axilar (VA): 3c N° promedio de Ganglios axilares (GA) resecados: 12 (r: 10-14 GA). N° promedio de GA comprometidos: 5 (r: 3-8 GA)
REINTERVENCIONES	<b>A-</b> Ampliación de tumorectomía + VA: 2c, Biopsia incisional de nódulo y de conglomerado ganglionar axilar (2° tumor primario): 1 caso. <b>B-</b> HP: Hiperplasia ductal atípica: 1c, CDI: 1,4 x 1 x 0,7 cm: 1c, (CDI GH2 en ambas tomas). <b>C-</b> VA: 2 casos (1 con compromiso axilar (2/11 GA).
TRATAMIENTO ADYUVANTE	QT: 1c, Radioterapia (RT): 1c, QT + RT: 4c.
EVOLUCIÓN	Viven: 4c, Desconocida: 1c, Fallecidas por progresión: 3c, Fallecida por Ca mama contralateral + metástasis (MTS) ocular: 1c, Fallecida por MTS óseas y pulmonares: 1c.

**CONCLUSIONES:** 1- La edad promedio de las pacientes fue 31 años.  
2- El 70% tuvo Estadio III.  
3- El 90% de los casos presentó CDI, 5 de ellos GH2.  
4- Solo permanece viva el 40% de las mujeres.

## INTRODUCCIÓN

Los tumores de células granulares son un tipo de tumores muy poco frecuentes. Sin embargo, la localización más común es a nivel de la piel, boca y lengua, siendo infrecuente su localización mamaria. Puede darse en mujeres en cualquier edad, siendo mas común en mujeres en edad reproductiva . Suele ser unilateral, aunque están descriptos casos de bilateralidad. Clínicamente, se manifiestan como nódulos mamarios, asociados a mastalgia y adenopatías. Pueden complicarse con el desarrollo de abscesos. El objetivo del poster es presentar un caso clínico del servicio de ginecología del Hospital Pirovano , dado la escasa frecuencia de dicha patología.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El caso clínico se obtuvo mediante la revisión de una historia clínica del servicio de Ginecología del Hospital Pirovano

- **Mujer de 39 años, G6C4Ab2**
- **ATC:** Tumorectomía de mama izquierda, cuya AP informa : Proceso inflamatorio crónico con granulomas de células gigantes multinucleadas no necrotizantes. Drenaje de absceso : Mastitis crónica inespecífica con reacción inflamatoria de tipo gigantocelular.
- **Cultivo :** Positivo para corynebacterium amycolatum
- **MC :** Recidiva de absceso de mama izquierda
- **EF :** Se constata mama izquierda indurada, en sus cuatro cuadrantes, a predominio de cuadrantes superiores, asociado a secreción seropurulenta, no fétida.
- **Ecografía mamaria:** Mama izquierda tejido celular engrosado con signos de edemas, infiltración? Adyacente a imagen focal sólida de contornos lobulados, que se extiende acorde a palpación, a cuatro cuadrantes, a predominio de región media y cuadrantes superiores. Mide 50x29 mm y se extiende hasta musculo. Dicha imagen es de baja ecogenicidad, textura ecogénica homogénea con refuerzo posterior. En axila una imagen de 10x7 mm.
- **Autoinmunidad :** C3 y C4: negativos. Anticuerpos anti nucleocitoplasmático y Ac anticitoplasma de neutrófilos negativos

## RESULTADOS

- Interconsulta con servicio de infectología : Comenzar tratamiento con linezolid EV, luego rotar tratamiento a VO.
- Interconsulta con servicio de reumatología : Comenzar tratamiento con deltisona 40 mg y luego descender a 20 mg.
- Paciente completó tratamiento antibiótico con linezolid por 37 días, asociado a glucocorticoides.



Previo al inicio del tratamiento



Post tratamiento



- El diagnostico de certeza es anatomopatológico, siendo sus principales diagnósticos diferenciales la mastitis y el cáncer de mamá
- Se cree que el mecanismo de desarrollo de estos tumores es la lesión del epitelio ductal, lo que lleva a la migración de macrófagos y linfocitos y el desarrollo de una respuesta inflamatoria granulomatosa. Sin embargo, no se conoce lo que lleva a la lesión epitelial.
- El tratamiento primario con glucocorticoides ha demostrado ser beneficioso. Pueden utilizarse también inmunosupresores, como metotrexate y azatioprina. Se debe combinar con antibioticoterapia si existen signos de infección.

## CONCLUSIÓN

La mastitis granulomatosa de células gigantes es una patología poco frecuente, lo que representa un desafío en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Dado la rareza del cuadro, es necesaria una visión multidisciplinaria, requiriendo apoyo de distintas especialidades médicas. Debido a la falta de consenso sobre el tratamiento actual, se planteó un tratamiento individualizado, basándose en los conocimientos actuales y en los deseos de la paciente.



## **INCIDENCIA Y SUPERVICENCIA EN MENORES DE 40 AÑOS CON CANCER DE ENDOMETRIO**

**Autores: Gentini Agustina, Antunes Daniela, Retamozo Jose,  
Pesado Analia, Mendez Martin**

### **INTRODUCCIÓN**

La incidencia mundial del cáncer de endometrio es variable, representando la neoplasia ginecológica más frecuente en aquellos países con economías desarrolladas. Esta posición es relegada al cáncer de cuello uterino en naciones que se encuentran en vías de desarrollo. Si bien resulta cierto que el estado postmenopáusico es un factor de riesgo relevante, la bibliografía refiere un 14% de diagnósticos efectuados en mujeres premenopáusicas, y un 5% de ellos antes de los 40 años.

### **OBJETIVOS**

Evaluar la incidencia y evolución clínica del carcinoma de endometrio en pacientes menores a 40 años en el hospital D.F. Santojanni perteneciente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Análisis retrospectivo y descriptivo sobre aquellas pacientes con carcinoma de endometrio admitidas en la Sección Oncoginecología entre enero/2014 y enero/2019. A tal fin, se recurrió al archivo de historias clínicas y los registros de anatomía patológica.

### **RESULTADOS**

De un total de 38 pacientes diagnosticadas, el 7.9% (n=3) resultaron menores de 40 años (promedio de edad de 64). El 100% de las mismas se correspondieron con la estirpe adenocarcinoma de tipo endometroide en estadios IA1 de acuerdo a la estadificación vigente. Grado histológico 1 en dos casos y 2 en uno de ellos. Todas fueron tratadas quirúrgicamente sin requerimiento de adyuvancia. Al momento actual, dos de ellas se encuentran libres de enfermedad. Una fue perdida del seguimiento.

### **CONCLUSIONES**

Resulta importante un exhaustivo estudio de cada paciente con sangrado uterino anormal, más allá del grupo etario, descartando tumores malignos. La sospecha de los mismos no deberá limitarse a mujeres añosas con las características clínicas habitualmente mencionada para patología endometrial maligna. La posibilidad de instaurar un tratamiento temprano, aun en mujeres jóvenes, habitualmente se ve traducido en valores alentadores de supervivencia a 5 años.



# 17 Casos de Carcinoma Cervical Uterino Invasor en Menores de 35 años. Nuestra experiencia en cuatro años.

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

**Autores:** Dras. Marina Demonte, Gimena Antico, Verónica Vargas Leyton.

## 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 17 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 2019. **Criterios de inclusión:** pacientes < de 35 años con diagnóstico de cáncer cervical escamoso, estadios FIGO IA1 – IVB (2009 y 2018). **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 44 pacientes con CC Escamoso, 17 fueron < de 35 años, constituyendo un 38,6%.

Rango etario: 18-34 años. Mediana edad: 29. Edad promedio: 28,7 %. Edad promedio de IRS: 15,7. El 70,5% IRS antes de los 17 años. Promedio NPS: 4,47. Ninguna presentó antecedentes de ITS. Rango de gestaciones: 0-8, promedio de 4. Una paciente presentó antecedente de embarazo ectópico tubario (caso 5). El 52,8 % había tenido >= de 4 partos vaginales. Seis pacientes presentaron embarazos entre 8- 36 meses previos al diagnóstico de cáncer cervical. Sólo dos fueron cáncer de cérvix asociado a embarazo.

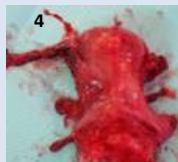
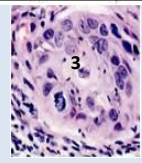
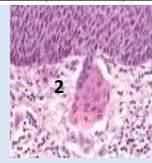
MAC: ACO:11,76% , 47 % ninguno, 35,3% preservativo masculino y el 5,8 % DIU. Sólo dos eran fumadoras (11,7%). Una adicta a cocaína y paco (5,8 %). Sólo una fue HIV+ (SIDA) (5,8%) **MC** (principal): 4:1º control ginecológico(23,5%), 4: sinusorragia (23,5%), 1 : control del embarazo (5,8%) , 7 : ginecorragia (41,1%) y una por control de DIU (5,8%). Quince se diagnosticaron en estadios avanzados (88,2%). Doce (70,5%) 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 mas de 8000 CGy en el punto A; rango de dosis 8100-8540 cGy. Dos (11,7%) fueron operadas. Tres realizaron tratamiento paliativo (17.6%). El 100% era de bajo nivel socio económico cultural. Tres fallecieron dentro de los dos meses del diagnóstico (17.6%).

V	1	2	3	4	5	6 HIV+	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Edad	18	25	26	27	28	28	29	30	30	30	30	30	31	32	33	34	28
IRS	15	10*	14	17	15	16	17	15	16	14	14	19	14	22	16	15	18
NPS	2	4	20	10	5	4	4	4	5	2	3	2	3	2	4	1	1
NG	1	6	4	3	7	4	1	8	8	2	7	3	7	0	5	2	1
Partos	1	6	2	3	5	1	0	6	6	2	7	3	1	0	4	1	1
AB	0	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	5	0	0	0	0
EPG	17	1	15	18	18	16	27	17	16	17	18	20	18	17	19	16	21
C	-	-	-	-	-	2	-	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-
E. FIGO	II B	IB1	IB2 7cm	IV B Hueso Gl. Ingui- nales,p ulmón	IA1	IV B Hueso Gl. Ingui- nales	IIA2 6 cm	IB2 8 cm	IB2 7cm	IIIB 9cm	IIIB	IIIB Uro	IIIB 10 cm Uro	IV B Gl. Inguina les y pulmón	IIIB	II B 10 cm.	IIIC1 (r).
Tto	QTRT	A/HT tipoc1	QTRT	QT Palia- tiva PS4	A/HT tipo A.	QT Palia- tivo PS4	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT	QTRT NFTPC PREVIA	QTRT	QT Palia- tiva PS4	Cesa- rea 34 sem. QTRT	QTRT	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.



- 1: Tumor Cervical Caso 2.
- 2: Ca. Epidermoide Microinvasor. Caso 5.
- 3: Ca. Epidermoide Invasor
- 4: Pieza Quirúrgica de cirugía de A/HT C1. Caso 2

# Enfermedad hemolítica neonatal: REPORTE DE UN CASO

Hospital Materno Infantil "Argentina Diego", Azul

Autores: Carrara, J ; Fenoglio, S; Grimoldi, S; Mendiola, P ; Maita N

## INTRODUCCIÓN:

EHFRN es una afección autoinmunitaria cuya etiopatogenia se produce por los anticuerpos anti-Rh(D), Cc, Ee, como consecuencia de la destrucción de los hematíes fetales inducida por la acción de aloanticuerpos IgG específicos de la madre y que reaccionan con un antígeno de origen paterno presente sobre los hematíes del feto y ausente en eritrocitos maternos. El sistema Rhesus esta compuesto por 3 pares de AG: Cc, Dd, Ee. Sistema Rh/ABO 95%, Cc Ee 2,5%, otros 2,55%. El 0,4 al 2 % ocurre en el primer embarazo. La primer gestación tiene lugar a la sensibilización materna, con escaso pasaje de anticuerpos de tipo IgM. Aunque se han identificado mas de 60 antígenos eritrocitarios diferentes capaces de provocar una respuesta inmunitaria en un receptor adecuado, este trastorno se relaciona principalmente con el antígeno D del sistema RH y con los antígenos ABO del mismo sistema

## OBJETIVOS

Exponer un caso clínico de una paciente con **incompatibilidad RH** a punto de partida de antígenos c y e.

## MATERIALES Y METODOS

El siguiente es un trabajo descriptivo a propósito de un caso donde se analiza un paciente de 39 años G4P3 EG:25,4 semanas, sin antecedentes personales que concurre al consultorio de control prenatal derivada del servicio de hemoterapia con resultado de Grupo y factor: AB + PCI + Anti e 1/128 Anti c1/256 en el cual se sugiere derivación a un centro de mayor complejidad neonatal. En dicho establecimiento se continuo el seguimiento con PCI y Ecografía obstétrica con doppler de la arteria cerebral media, para evaluar compromiso fetal.

Gesta	EG	Peso	LA	Doppler	Placenta
	9,4				
GULC	13,4	72	Normal		Anterior marginal previa 0
GULC	22,6	579	Normal		Posterior 0
GULC	32	1737	Normal	Velocidad sistólica de ACV 43	Posterior 2
GULC	38,4	2666	Normal	ACV 44	Fundica 3
GULC	36	2800	Disminuido ligeramente	Normal	Posterior 3

27,5 semanas	Anti e 1/1024	Anti c 1/4096
28,6 semanas	1/128	Anti c 1/256
30,4 semanas	1/4096	1/4096
35,5 semanas	1/2048	1/4096

## RESULTADOS

Se realizo cesárea abdominal a la EG: 37, 2 semanas con los siguientes resultados perinatales:

Masculino, EG 37 semanas, APGAR 9/10, peso 2900 gr, Grupo y factor: PCD + B+ .

A los 4 días de vida presento hiperbilirrubinemia (20,84 u/l) que requirió luminoterapia, con la cual respondió favorablemente.

## CONCLUSION

La EHFRN se produce con mas frecuencia en gestante del grupo O con hijo del grupo A, B o AB, salvo raras excepciones donde se produce en gestante AB. Presenta una incidencia en la población blanca del 15 % y el 5% de los recién nacidos muestran signos de esta enfermedad como hemolisis con valores bajos de hemoglobina siendo la hiperbilirrubinemia con el consiguiente kernicterus como principal complicación. Con respecto al seguimiento del embarazo esta determinado por el titulo critico, 128, donde en casos de presentar valores menores se solicita PCI mensual hasta las 28 semanas y luego cada 15 dias hasta la finalizacion del embarazo sin contraindicacion del parto vaginal. Con títulos mayores debe solicitarse titulacion cada 2 semanas hasta la semana 20 y semanal hasta la 34 donde se finalizara el embarazo evaluando mediante ecografia obstetrica y doppler fetal de la ACM el compromiso fetal. Aunque la EHFRN/ABO es la mas leve de todos los conflictos sanguineos eritrocitarios, se debe estar alerta frente a la ocurrencia de un curso inusual y brindar un tratamiento optimo y oportuno para disminuir la morbilidad de dicha enfermedad..

# Extrusión espontánea de prótesis mamaria

## Sección Patología Mamaria.Htal Gral. de Agudos Dr. I.Pirovano

**Autores:** Santarella C. ,Solucci C., Kuszniar S.,Recamán No.,Olivares G.

**Introducción:** La incidencia de la infección como complicación de la cirugía de aumento mamario es de 1% y 2,5.Representa la primera causa de morbilidad tanto en la cirugía estética como en la cirugía reconstructiva.

**Objetivo:** Relacionar las características específicas de las mastitis en pacientes con implantes mamarios y sus posibles consecuencias. Alertar sobre la importancia de su profilaxis y tratamiento.

**Materiales y Métodos:** Trabajo retrospectivo a propósito de 1 caso. Revisión de Historia Clínica y bibliográfica.

**Motivo de consulta:**Paciente de 33 años, en lactancia,que consulta por dolor de mama izquierda. Inspección /palpación:calor, rubor y endurecimiento mamario localizado en CII, con solución de continuidad irregular(Foto 1). Axila adenomegalia blanda móvil. Mama derecha induración CII. Cicatriz periareolar bilateral. Antecedente: Colocación de prótesis mamaria bilateral (250cc.superficie rugosa por motivos estéticos) a los 28 años.Primer lactancia 26 años con mastitis bilateral puerperal tratada con antibioticoterapia con resolución favorable. Extrusión espontánea de prótesis mamaria izquierda durante el tratamiento antibiótico preoperatorio(Foto2).Cicatrización por segunda(Foto3)

**Métodos Complementarios de diagnóstico:** Ecografía mamaria bilateral, proceso flogístico en piel con solución de continuidad , plegamiento protésico bilateral sin nódulo dominante.

**Diagnostico diferencial.**Carcinoma agudo

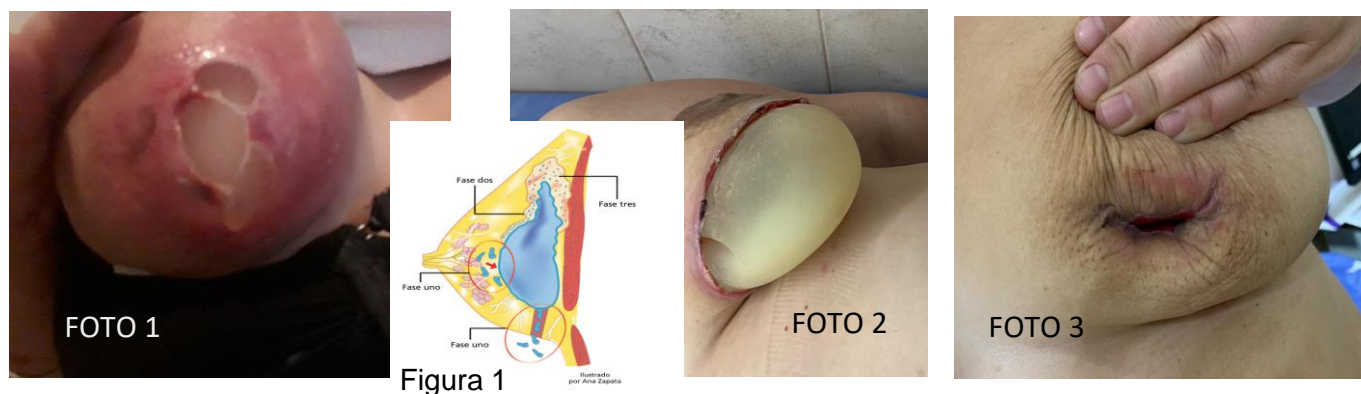


Figura 1

**Discusión:** En la fisiopatología (Fig. 1)de este tipo de infecciones intervienen: el Staphylococcus epidermidis en un 67% de los casos ,el Staphylococcus aureus, Serratia marcescens y Pseudomonas. Factores predisponentes que aumentan su incidencia : las incisiones periareolares, y la colocación de prótesis retroglándulares. La flora endógena puede ser responsable de la contaminación de los implantes a su paso por la piel o por el área de la areola-pezones. Se ha descrito mayor incidencia con prótesis de superficies rugosas por aumento la acumulación bacteriana.Las superficies lisas limitan la formación inicial de la película o biofilm. La mayoría de las infecciones ocurren en el período inmediato pero está descrita la aparición de infecciones años después en relación a una bacteriemia secundaria durante otros procedimientos invasivos ,o por aumento de la patogenicidad de bacterias persistentes, inertes, en los implantes. Éstas forman una biopelícula, una estructura compleja y dinámica adheridas a la superficie. Poseen además una matriz polimérica llamada glicocáliz. Las bacterias que forman la biopelícula son resistentes a los antimicrobianos, independientemente de su sensibilidad in vitro. En la mayoría de los casos se agrupan varias especies bacterianas

**Conclusión:** El tratamiento de elección es el extracción de la prótesis y ciclos de antibioterapia de entre 3 y 6 meses, pudiéndose reintroducir una nueva prótesis en un periodo no inferior a 6 meses. La retirada del material protésico es imprescindible ya que estos organismos poseen una pared celular hidrófoba, rica en lípidos, que facilitan la formación de biofilm. Sospechar este cuadro en estos casos facilita un diagnóstico temprano y evitar la comorbilidad

# RECURRENCIAS A DISTANCIA EN EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO



Dr Bevilacqua, José; Dra Garganta, Agustina; Dra Villarruel, Agustina;  
Dr Ostrowsky, Carlos, Dra Celestino, Daniela; Dra Scursoni, Alejandra  
Servicios de Ginecología, Oncología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** La mayoría de las recurrencias en el cáncer de cuello uterino (CCU) ocurren dentro de los 5 años luego de la terapia inicial. Cerca de un 10-20% de pacientes desarrolla enfermedad recurrente, siendo los sitios de metástasis a distancia más frecuentes los pulmones, ganglios extrapélvicos, hígado y huesos.

**OBJETIVO:** Evaluar los aspectos clínico-patológicos y evolutivos de pacientes que desarrollaron recurrencias a distancia por CCU.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 7 pacientes tratadas por CCU recurrente a distancia, entre el 01-01-2008 y el 31-12-2015. Las variables estudiadas fueron: 1-Edad, 2-Histología y Estadio, 3-Tratamiento primario, 4-Intervalo libre de enfermedad (meses), 5-Sitio de recurrencia/Signo-sintomatología, 6-Diagnóstico, 7-Tratamiento secundario y 8-Evolución.

**RESULTADOS:** Se señalan en el siguiente cuadro.

## RECURRENCIAS A DISTANCIA POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO. n: 7 casos

CASO	1	2	3	4	5	6	7
EDAD	50 a.	35 a.	69 a.	45 a.	50 a.	50 a.	52 a.
HIST/ E	Ca Epid. Semid. Ib1	Ca Epid. Poco Dif. IIIa	Ca Epid. Semid. IIb	Ca Epid. Semid. Ib1	Ca Epid. Semid. IIb	Adenoc. Semid. IIb	Ca Epid. Dif. IIIb
TTO 1°	W Meigs GP (-)	QT+RT+ BT	QT+RT+ BT	W Meigs RT+BT GP:2 (+)	QT+RT+ BT	QT+RT+ BT	RT+BT
ILE (meses)	120	77	83	48	36	76	35
REC/ SIGNO SÍNT.	Nódulos en Pulmón Asint.(A)	Col. Lumbar Lumbo- Ciatalgia (LC)	Col. Dorso- Lumbar (LC)	Intestino Delgado. C. Lumbo- Sacra. Abd. Ag. Subocl.	G. Inguin. y Supracl. Izq. (SC)	Nódulo Único Pulmón (A)	G. SC Izq.
DIAGN.	TAC Tórax PAAF(+)	RMN	RMN	TAC abd- pélvica	ECO Partes Blandas	Rx tórax Punción Hist. (+)	TAC Cérv- Torácica
TTO 2°	QT	Paliativo	Paliativo	Res. Int. Segm.	Paliativo	Segm. de Pulmón	QT
EVOL.	Fallec. x derr. pleural	Fallec. x MTS lumbar	Fallec. x MTS dorso- lumbar	Fallec. x Carcin. Periton.	Fallec. x MTS en ganglios Ing./SC	Vive	Fallec. x MTS SC

**CONCLUSIONES:** 1-La edad promedio de las pacientes fue 50 años (r: 35-69 a.).

2-El 85% de las mismas había recibido tratamiento por carcinoma epidermoide de cérvix.

3-La recurrencia en ganglio supraclavicular se dio en 2 casos.

4-Solo una de las mujeres permanece con vida.

## **VALOR DE LA ECOGRAFÍA AXILAR PREOPERATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

**Autores:** Oteiza Belen; Bergamo Nadia; Salgado Romina; Vico Nadia; Avegno María

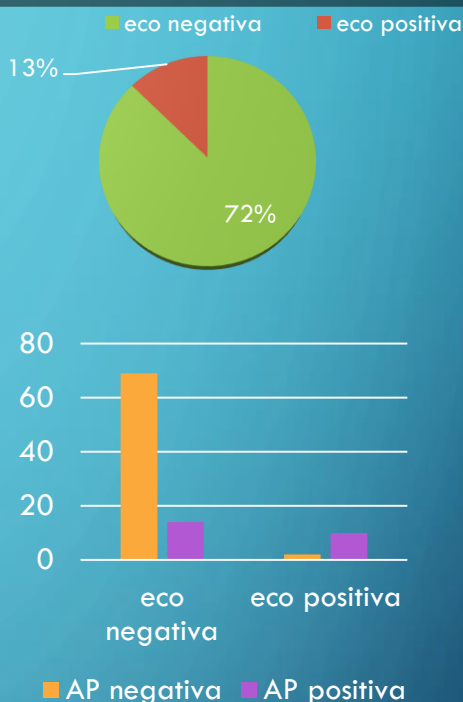
**Introducción:** El estado axilar es un factor pronóstico importante que influye en el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama. La evaluación preoperatoria del mismo, clínica e imagenológica, permite seleccionar el tratamiento indicado. La ecografía axilar es el método de elección para valorar ganglios axilares y, además, sirve como guía de punciones percutáneas.

**Objetivo:** Analizar el aporte de la ecografía axilar en pacientes con cáncer de mama y su correlación con el resultado anatomopatológico en pacientes evaluadas y tratadas en el Hospital D. F. Santojanni.

**Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo, donde se evaluaron historias clínicas de pacientes con cáncer de mama con axila clínicamente negativa, sin tratamiento neoadyuvante, operadas entre junio 2015 y junio 2019 en el Hospital D. F. Santojanni. Se correlacionaron los resultados con la anatomía patológica.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 95 pacientes. 83 casos resultaron ecográficamente negativos. De estas, 69 resultaron negativas en el estudio anatomopatológico de la cirugía y 14 fueron positivas. Mientras que del total, 12 casos resultaron ecográficamente positivos. De estas, 10 resultaron positivos en la cirugía (asociado a grado 4 y 5 de la clasificación de BRN) y 2 fueron negativos (grado 3 de BRN). La ecografía axilar presentó una sensibilidad del 94%, una especificidad del 97 %, un VPP del 97 % y un VPN del 87 %.

**Conclusiones:** La ecografía axilar es, sin dudas, uno de los mejores métodos para evaluar el compromiso axilar en forma preoperatoria en pacientes con cáncer de mama pero es importante asociarlo a otros métodos diagnósticos como la biopsia percutánea para lograr aumentar el porcentaje de VPP y VPN, en parte para confirmar la presencia de metástasis en los casos que la morfología del ganglio se encuentra en el límite de los criterios de benignidad/malignidad en la clasificación de BEDI y por otro lado para hacer más precisa la selección de pacientes que realizaran biopsia del ganglio centinela o vaciamiento axilar.



# Miomatosis uterina, a propósito de un caso

Autores: Santarella, C; Fanego, C; Ginesin, S; Gomez Vara, V, Corazza, F; Villafañe, B; Filippo, H.

**INTRODUCCIÓN:** Los miomas uterinos son los tumores mas frecuentes originados del musculo liso. Se presentan principalmente durante la edad fértil. Pueden ser asintomáticos u originar diversos síntomas según localización: sangrado uterino anormal, dolor pélvico, dispareunia, alteración en la micción/defecación, y síntomas generales como anemia. Los miomas cervicales suelen generar síntomas de forma temprana por su ubicación y no depender del estímulo hormonal, su tratamiento es quirúrgico.

**OBJETIVO:** Presentación de un caso de miomatosis cervical de gran tamaño.

## CASO CLINICO

- 43 años, G4P4. FUM incierta
- MC: Menometrorragia de 1 año de evolución y aumento de ginecorragia en los últimos 3 días.
- Antecedentes: HIV (mala adherencia a tto), TVP (2017 y marzo 2019)
- **Examen físico:** Abdomen: tumoración que alcanza nivel umbilical. TV: formación de 15 cm, ocupa totalidad de la vagina e impide la diferenciación cervical. MMII: izquierdo aumento del diámetro, sin aumento de la temperatura local ni cambio de coloración

### Exámenes complementarios:

**Eco tv:** Útero en AVF que supera los 20 cm aprox . A nivel de hipogastrio con proyección umbilical formación heterogénea con áreas hipoeoicas y ecogénicas de 190x130x150 mm. Endometrio engrosado heterogéneo de 23 mm. FSD libre. No se logra evaluar anexos.

**TC:** Útero aumentado de tamaño. Formación sólida que contacta con pared antero-inferior y cérvix uterino de 116x136x182 mm. Ejerce impronta vesical. Hidronefrosis moderada a predominio derecho con excreción conservada.

**Marcadores tumorales :**CA 125: 109 CA 19,9: 11,8 AFP: 1,22

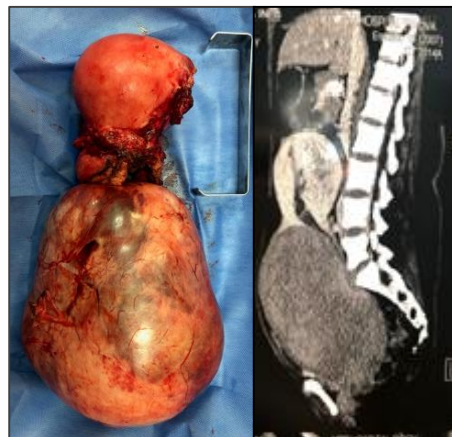
**Eco doppler venoso:** TVP de vena femoral común, superficial y poplítea izquierda

- **Interconsulta Infectología;** se inicia TARGA.
- **Interconsulta Hematología:** se indica enoxaparina y filtro de vena cava si cirugía.
- **Hemodinamia Htal Argerich:** No es posible colocación de filtro de VCI por probable trombosis de VCI, involucra nacimiento de venas renales hasta nivel distal de las venas suprahepáticas .

**Angiotac:** VCI disminución del calibre por debajo de la afluencia de ambas venas renales. Proximal y distal a este estrechamiento, el calibre de la VCI se encuentra conservado, no se descarta que corresponda a compresión extrínseca. No se observan defectos de relleno que sugieran trombosis. Arterias femorales sin imágenes patológicas.

- **Hemodinamia Htal Fernandez** Colocación de filtro VCI ingresando por vía yugular y embolización de arterias uterinas.
- **Procedimiento quirúrgico:** Histerectomía total y extracción de masa tumoral de 30cm previa colocación de catéter doble J unilateral.

• **Anatomía patológica:** leiomioma. probable origen cervical



**CONCLUSIÓN:** Siendo los miomas uterinos los tumores benignos del miometrio con mayor incidencia en mujeres en edad reproductiva la modalidad de tratamiento de elección se basa en: tamaño y localización del mioma, sintomatología asociada, edad de la paciente, paridad, preferencia de la paciente, deseo de conservación del útero y efectos adversos.

# Cáncer Invasor de Cérvix Uterino Asociado a Embarazo. Reporte de 2 Casos Clínicos.

Servicio de Ginecología. Sección Ginecología Oncológica. Hospital General de Agudos Dr. D. Vélez Sarsfield.

Autores: Dras. Marina Demonte, Verónica Vargas Leyton, Gimena Antico.

## Introducción y Objetivos

Se define como cáncer de cérvix asociado al embarazo a aquel que ocurre durante la gestación o los subsiguientes 12 meses. Constituye aproximadamente el 25 % de los cánceres diagnosticados durante el embarazo con una incidencia estimada de 1-4 en 10.000 embarazos. Es el cáncer ginecológico más frecuente durante la gestación. El embarazo no tiene un efecto empobrecedor del pronóstico. El estadio más frecuentemente reportado es el IB. Para la estadificación tiene un rol destacado la RMN luego del primer trimestre.

**Objetivos:** exponer 2 casos clínicos de carcinoma invasor de cérvix uterino asociados a embarazo diagnosticados en nuestro Centro.

## Material y Métodos

### Retrospectivo

### descriptivo analítico

**transversal.** Se realizó la revisión de historias clínicas, fichas de Ginecología Oncológica, libros de PAP y Anatomía Patológica de todas las pacientes con diagnóstico por biopsia de carcinoma cervical invasor asociado a embarazo en un período comprendido entre abril de 2016 a abril de 2018.

### Criterios de inclusión:

Pacientes embarazadas ó cursando 12 meses posteriores al embarazo con diagnóstico de cáncer cervical invasor por biopsia realizada en nuestro Centro, estadios FIGO IA1 – IVB.

### Criterios de exclusión:

Pacientes no gestantes o que cursan más de 12 meses del último embarazo, Hsil / Carcinoma in situ, estadificación FIGO incompleta.

### Variables (V):

edad, paridad, IRS, ITS, NPS, motivo de consulta principal (MC), inmunodeficiencias, nº gestaciones (Nº G), edad de primera gestación (EPG), estadio FIGO 2009, tratamiento (TTO).

## Resultados

De un total de 44 pacientes con cáncer cervical Invasor, 2 se asociaron a embarazo, constituyendo el 4,5 %. El caso 1 consultó a nuestro hospital puerpera de 8 meses por ginecorragia. Refirió 7 controles gestacionales en otro nosocomio, la vía de finalización del embarazo fue por parto vaginal. La otra paciente consultó a las 26 semanas de edad gestacional derivada por obstetra tratante (O.S), la misma realizaba controles gestacionales en otro centro. Refirió consultas por pérdidas hemáticas en reiteradas oportunidades. Se realizó en nuestro hospital, biopsia cervical a las 27 semanas. Se recibió el informe anatomopatológico a las 29 semanas de embarazo, se finalizó la estadificación a la semana 33, debido a la dificultad de obtener turno para RMN abdomen y pelvis. Se realizó maduración pulmonar fetal (12 mg. de Betametasona/ día, total 2 dosis), finalizando la gestación a las 34 semanas por cesárea en un Centro por su O.S.

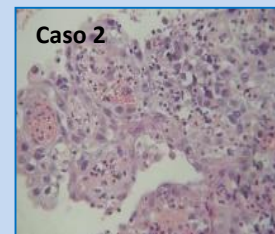
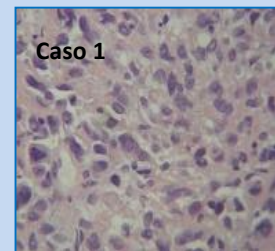
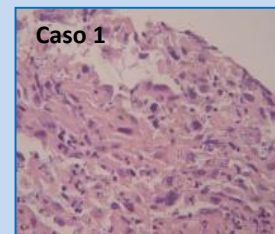
Peso neonato: 2500 gramos. Apgar 9/10.

Ambos casos fueron carcinomas escamosos.

Ninguna presentaba inmunodeficiencias ni consumía drogas ni tabaco.

V	Caso 1 Puérpera de 8 meses	Caso 2 Embarazo de 26 semanas.
Edad	27 años.	33 años.
ITS	NO	NO
IRS	17	16
NPS	10	4
NºG	3	5
Partos	3	4
Abortos	No	No
EPG	18	19
MC	Ginecorragia.	Ginecorragia / interconsulta de obstetra de O.S.
E. FIGO 2009	IV B (Hueso, pulmón y GL Inguinales).	III B ( tumor de 4 cm).
TTO	QMT Paliativa. Óbito a los 2 meses del diagnóstico por hemoptisis.	QTRT con CDDP 40 mg / m2 semanal. Dosis punto A: 8500 cGY. Sin persistencias ni recurrencias a 24 meses de seguimiento.

## Fotos de los 2 casos



La asociación de cáncer y embarazo representa un **dilema** para la paciente y el equipo médico. El retraso del diagnóstico del cáncer durante el embarazo es frecuente, responsabilizando en muchas ocasiones el sangrado genital a causas obstétricas.

Requiere de un **abordaje multidisciplinario**, sobre todo, del especial cuidado en el manejo de la información antes de iniciar cualquier tratamiento.

La RNM sin gadolinio está recomendada para la estadificación, siendo el estudio imagenológico de elección. La quimioterapia neoadyuvante con Cisplatino y Paclitaxel es una alternativa para aquellos casos con diagnósticos alejados de la madurez fetal (segundo trimestre) hasta la indicación del tratamiento definitivo al momento de la cesárea. La quimioterapia esta contraindicada durante el primer trimestre; ya que se asocia con alto riesgo de pérdida de embarazo y malformaciones congénitas, por lo que se indica desde el segundo trimestre. Sin embargo, aún en estos casos, no está exenta de complicaciones obstétricas y fetales como, restricción de crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas y trabajo de parto pre término.

Debe considerarse que el embarazo es en ocasiones, el único momento en que mujeres de bajo nivel socio económico cultural acuden al sistema de salud, constituyendo una oportunidad para el tamizaje cervical.

Debido al retraso en la paridad esta asociación podría aumentar en el futuro.

# ¿QUÉ SABEN LAS PACIENTES SOBRE EL SCREENING GINECOLÓGICO?

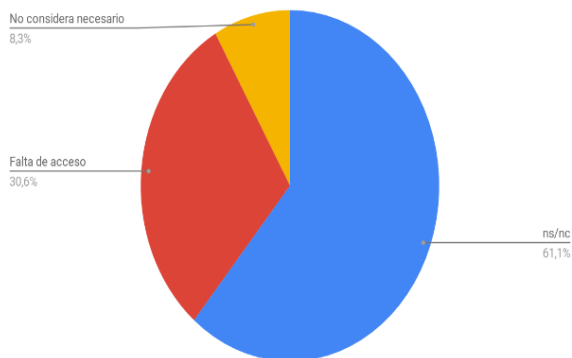
**Autores:** Salgado R., Bergamo N., Antunes D., Domingo L., Améstica G.

**Introducción:** Los países en vías de desarrollo son los más castigados por el Cáncer de Cuello Uterino (CCU) y la ausencia de planes de tamizaje poblacional efectivos, motivan que hasta la actualidad se continúe con las técnicas de tamizaje individual, oportunístico, con efectividad relativa en lo referente a la mejoría en los índices de mortalidad. En la República Argentina, el cáncer de mama es la enfermedad oncológica más frecuente entre las mujeres, representando el 31% de todos los tumores de la población femenina, y la que causa el mayor número de defunciones. La detección temprana es fundamental para el control de la enfermedad, ya que la posibilidad de curación depende en gran parte del tamaño tumoral.

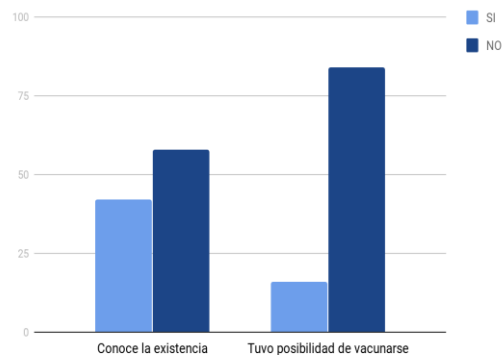
**Objetivo:** Analizar el conocimiento sobre el screening ginecológico a la población de pacientes femeninos que consultan al hospital F. D. Santojanni.

**Materiales y métodos:** Se confeccionó una encuesta anónima con dieciséis preguntas de opción múltiple a pacientes que concurren al Hospital D.F Santojanni, mayores de 16 años, para las diferentes especialidades en el período junio-julio 2019.

Pacientes que no realizan PAP anual (65%)



Vacuna HPV



**Resultados:** De un total de 100 pacientes que realizaron la encuesta, 56 respondieron desconocer VPH. Un 84% contestó saber que era un agente infeccioso y no una enfermedad hereditaria y  $\frac{3}{4}$  de las pacientes refirieron que su contagio es por relación sexual. 58 pacientes desconocen la existencia de vacunas para contra el mismo y 84 pacientes refieren nunca haber recibido consejería sobre éstas. Sólo un tercio de las entrevistadas refieren realizarse Papanicolau (PAP) anual y poco más de la mitad (52 pacientes) respondieron conocer la posibilidad de que el virus HPV progrese a cáncer. Con respecto al screening mamográfico, 14 fueron las pacientes que contestaron correctamente a qué edad comenzar con los estudios y menos del 40% contestó adecuadamente la periodicidad anual con la que se deben realizar

**Conclusiones:** Es alarmante como habitando en un país donde el Cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino (CCU) son la primera y segunda causa de muerte por cáncer ginecológico respectivamente, no se cuenta con planes de promoción o estrategias capaces de garantizar una correcta educación para la prevención de la salud de la mujer, la cual disminuiría la progresión de lesiones preneoplásicas, como así también, una disminución en el gasto sanitario



**Autores:** Torresani ME, Alorda MB, Belén L, Rossi ML, Squillace C, Maffei L.

1º Cátedra de Dietoterapia del Adulto Carrera de Nutrición- UBA.

Consultorios Asociados de Endocrinología e Investigación Clínica Aplicada (CADE-ICA).

Proyecto UBACYT 2018. Cód: 20020170100483BA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

## Introducción:

Dentro de los factores que contribuyen a la pérdida de la masa muscular, la edad e inactividad física probablemente sean los más importantes. Este fenómeno no es aislado, sino que puede estar fuertemente ligado a un paralelo aumento de la masa grasa.

## Objetivos:

El propósito de este estudio fue analizar la relación entre la masa músculoesquelética y la masa grasa en un grupo heterogéneo de mujeres adultas, controladas por la edad y el ejercicio físico.

## Metodología:

Diseño transversal prospectivo. Muestra consecutiva de 450 mujeres mayores de 18 años que asistieron a la consulta nutricional por demanda espontánea (2015-2018). Se excluyeron las mujeres con marcapasos, prótesis o implantes metálicos, aquellas que estuvieran cursando un proceso agudo, hubieran perdido más del 5% de su peso en el último mes, o que estaban con bajo peso (IMC < 18.5 Kg/m<sup>2</sup>). El análisis de la composición corporal por bioimpedancia se efectuó mediante analizador de multifrecuencia tetrapolar, modelo InBody 570.

**Variable dependiente:** Obesidad sarcopénica (OS) mediante las covariables % masa muscular apendicular (%MMA) considerando valores disminuidos < 30,7% del peso total según criterios de Janssen; y % masa grasa (%MG) considerando valores aumentados > 31,7% según criterios de Davison.

**Variables independientes:** edad (< 60 años y ≥ 60 años) y ejercicio físico (EF) programado (≥ 150 minutos/semana).

Según Gómez Cabello se clasificó a la muestra en 4 grupos: 1 (MMA y MG normal), 2 (alta MG y MMA normal), 3 (baja MMA y MG normal) y 4 (OS: alta MG y baja MMA).

**Análisis estadístico con SPSS 22.0, utilizando medidas de tendencia central, prueba de ANOVA y correlación de Pearson, considerando valor p<0,05.**

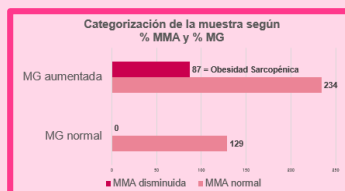
## Resultados:

La edad promedio de la muestra fue de 41,5 (DS=14,6) años.

El 19,3% de las mujeres presentó OS.

% MMA: 34,6 (DS=4,6); % MG: 36,4 (DS=8,2).

Categorización de la muestra según  
% MMA y % MG



%MMA/%MG	MG	
	normal	aumentada
MMA normal	129 (28,7%)	234 (52%)
MMA disminuida	0	87 (19,3%)

El % MMA se correlacionó con:

- % MG (r: -0,310; p: 0,000).
- Edad (r: -0,277; p: 0,000)
- Ejercicio Físico (r: 0,169; p: 0,000)

El % MG presentó correlación con:

- Edad (r: 0,144; p: 0,002)
- Ejercicio Físico (r: -0,245; p: 0,000).

## Conclusión:

La prevalencia de OS se encontró dentro de los rangos reportados por la literatura. La MMA se correlacionó de manera inversa con la MG y edad; y directa con el EF. A su vez la MG se correlacionó en forma directa con la edad e inversa con el EF.

# CORRELACIÓN ENTRE EL CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVO Y Ki-67



Dr Bevilacqua, José; Dr Petricevic, Miguel; Dra Mendoza, Mercedes;

Dra Cafaro, Palma; Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Scursoni, Alejandra

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Se define al cáncer de mama triple negativo (CMTN) como aquel tumor que no expresa receptores hormonales para estrógenos (RE) y progesterona (RP) ni tampoco receptores para el factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER 2). El Ki-67 es una proteína que alcanza altos niveles de expresión durante la mitosis. Dado que la mayoría de los CMTN son carcinomas ductales de alto grado histológico, de rápido crecimiento y gran agresividad, es probable que los mismos expresen altos niveles de Ki-67.

**OBJETIVO:** Evaluar los resultados de Ki-67 en mujeres con diagnóstico de CMTN.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo descriptivo de 22 casos de CMTN diagnosticados en nuestro hospital entre el 01-01-2013 y el 31-12-2018. Se analizaron las siguientes variables: 1- Edad promedio, 2-Estadio clínico, 3-Tratamiento efectuado, 4-Tipo y grado histológico y 5-Valor de Ki-67 por IHQ

**RESULTADOS:** En el siguiente cuadro se expresan los mismos.

Correlación CMTN y Ki-67. n: 22 casos.

<b>EDAD PROMEDIO</b>	<b>55 años ( r: 27 – 85 años )</b>
<b>ESTADIO CLÍNICO</b>	<b>E I: 2 casos, E II: 10 casos, E III: 9 casos, E IV: 1 caso</b>
<b>TRATAMIENTO EFECTUADO</b>	<b>Tumorectomía amplia + ganglio centinela: 4 casos Tumorectomía amplia + vaciamiento axilar: 1 c. Mastectomía radical modificada (MRM) + vaciamiento axilar: 2 c. Quimioterapia neoadyuvante (único tratamiento): 8 c. Quimioterapia neoadyuvante + radioterapia: 1 c. Quimioterapia neoadyuvante + mastectomía simple 1c. Quimioterapia neoadyuvante + MRM/vaciamiento axilar: 5 c.</b>
<b>TIPO Y GRADO HISTOLÓGICO</b>	<b>Carcinoma ductal invasor (CDI) GH1: 2 casos CDI GH2: 12 c. CDI GH3: 5 c. Carcinoma medular invasor GH3: 1 c. Carcinoma lobulillar invasor GH3: 2 c.</b>
<b>VALOR DE Ki-67 (por inmunohistoquímica)</b>	<b>1 a 20%: 11 casos 21 a 40%: 7 c. 41 a 60%: 2 c. 61 a 80%: 2 c.</b>

**CONCLUSIONES:** 1-La edad promedio de nuestras pacientes fue 55 años.

2-El 40% de las pacientes presentó EIII clínico al diagnóstico.

3-El 36% de las mujeres realizó Neoadyuvancia como único tratamiento.

4-El tipo y grado histológico más comúnmente hallado fue el carcinoma ductal invasor GH2 (54%).

5-El 50% de las pacientes presentó un Ki-67 con valores de 1 a 20%.

Dr Bevilacqua, José; Dra Perez Passalacqua, Andrea; Dra Merino, Andrea;  
Dra Pavon, Eugenia; Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Scursoni, Alejandra

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** Se define a la endometriosis como la localización de tejido endometrial en sitios distantes al útero. Si bien, el endometrioma de pared muscular abdominal suele darse en pacientes con antecedentes de cirugía ginecológica u obstétrica, existen algunos reportes de casos de endometriomas en ausencia de estas cirugías.

**OBJETIVO:** Reportar un caso infrecuente de endometrioma del músculo oblicuo mayor del abdomen, hallado fortuitamente en laparotomía por quiste anexial.

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

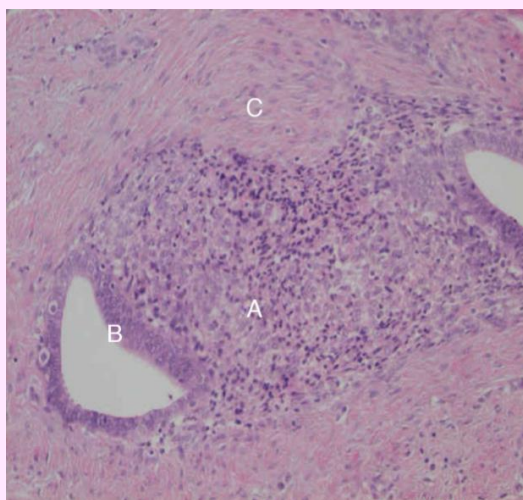
B. P., 46 años, HC: 22.342.111. Antecedentes personales: colecistectomía (2010). Antecedentes tocoginecológicos: menarca: 13 años, RM: 6/28, G:0, MAC: condón. No refiere dismenorrea y/o dolor pelviano. Consulta el 26-02-18, siendo derivada de consultorio privado por quiste ovárico izquierdo. Aporta ecografía ginecológica (22-11-2017) que informa: "Útero en RVF, DL: 57 (a OCI) x 43 x 44 mm. Endometrio de 7 mm. Ovario derecho s/p. Hacia Douglas se observa imagen quística de 57 x 32 x 35 mm, de paredes finas y contenido anecogénico. Escaso líquido libre". El laboratorio informó dosajes de CA125 de 46 UI/ml (21-09-17 y de 89 UI/ml (20-12-17), además de un dosaje de CEA de 0,8 ng/ml (12-05-18). Por tacto vaginal se constata fondo de saco vaginal izquierdo abombado. Resto s/p. Durante su internación, el 16-05-18 se realiza ECO TV que informa: "Útero en AVF, heterogéneo, de 56 ( a OCI) x 36 x 40 mm. Endometrio de 6 mm. Ovario derecho de 33 x 24 mm, con imagen quística de 25 mm, ovario izquierdo de 51 x 36 mm, con imagen quística de 48 x 33 mm. Resto s/p. El 17-05-18, durante el acto quirúrgico, se halla tumor de músculo oblicuo derecho, el cual se reseca en su totalidad. Abierta la cavidad, se aspira líquido peritoneal, y se constata la presencia de quiste anexial izquierdo de 5 cm, de paredes lisas, consistencia blanda y contenido líquido, por lo que se procede a realizar quistectomía (biopsia por congelación: (-)). Evolución postoperatoria favorable. Alta hospitalaria el 20-05-18.

**RESULTADO:** El estudio histopatológico (Protocolo 0675-18) informó: 1-Quiste anexial izquierdo: "Quiste seroso simple", 2-Lesión de músculo oblicuo: "Endometriosis", 3-Líquido peritoneal (citología): "Negativo".

La paciente prosigue con controles habituales en consultorio de Endocrinología Ginecológica.

**CONCLUSIONES:** 1- El hallazgo de endometrioma en pared muscular abdominal es infrecuente.

- 2- Este caso podría explicarse por la teoría de transformación metaplásica debido a algún factor externo de carácter irritativo, dada la inexistencia de endometriosis pelviana y de cirugía ginecológica u obstétrica.



Células endometriales (A) y glándulas de endometrio (B) junto a tejido fibrótico (C)

# LA CUESTIÓN DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN EL CÁNCER INVASOR DE MAMA



Dr Bevilacqua, José; Dra Gorosito, Cecilia; Dr Klinton, Enrique;  
Dr Ostrowsky, Carlos; Dra Celestino, Daniela; Dra Scursoni, Alejandra  
Servicios de Ginecología, Oncología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

**INTRODUCCIÓN:** La obtención de márgenes quirúrgicos comprometidos tras efectuar tratamiento conservador del cáncer de mama (CM) aumenta la probabilidad de enfermedad residual en la zona de la lesión, pero margen positivo no garantiza enfermedad residual, y por otra parte, el margen negativo tampoco la descarta.

**OBJETIVO:** Evaluar tumor residual en piezas de retumorectomías, efectuadas a pacientes operadas previamente por CM, con resultados histopatológicos de márgenes quirúrgicos próximos a la lesión neoplásica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo descriptivo de 22 pacientes operadas en nuestro hospital por CM EI-II entre el 01-01-2009 y el 31-12-2018, a las que se les efectuó retumorectomía por presentar márgenes quirúrgicos próximos a la neoplasia, de entre 1 a 3 mm. Se estudiaron las siguientes variables: 1-Edad promedio, 2-Primera cirugía, 3-Tipo histológico y tamaño tumoral promedio, 4-Distancia margen quirúrgico-neoplasia, 5-Segunda cirugía y 6-Histología de lesión residual.

**RESULTADOS:** Se expresan en la siguiente tabla.

## MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN CÁNCER DE MAMA. n:22 casos

<b>EDAD PROMEDIO</b>	<b>56 años ( r: 33 – 76 años )</b>
<b>PRIMERA CIRUGÍA</b>	
Nodulesctomías: 7 casos, biopsias radioquirúrgicas (BRQ): 6c, Biopsia Ecoquirúrgica (BEQ): 1c, BRQ + BEQ: 1c	Urban: 1c, Tumorectomía amplia + Vac. Axilar (VA): 2c, Cuadrantectomía (C) + G. Centinela (GC): 3c, C + VA: 1c.
<b>TIPO HISTOLÓGICO-TAMAÑO TUMORAL PROMEDIO</b>	
<b>A-</b> Ca ductal invasor (CDI) puros: 17c, CDI con difer. apócrina: 1c, CDI con áreas mucinosas: 2c GH2: 9c, GH3: 1c Tamaño tumoral promedio del CDI: 1,9x1,5x1,1 cm (r: 0,7x0,5x0,5 – 4x4x1 cm)	Ca intraductal asociado: 7c <b>B-</b> Ca lobulillar invasor GH2, 0,7x0,7x0,5 cm <b>C-</b> Ca papilar invasor GH2, 1,5x1x0,8 cm
<b>DISTANCIA MARGEN QUIRÚRGICO/NEOPLASIA</b>	< 1 mm: 16c 1 a 3 mm: 6c
<b>SEGUNDA CIRUGÍA</b>	Ampliación de tumorectomía (AT): 5c AT + GC: 5c AT más GC(+) más VA: 3c AT + VA: 6c Cuadrantectomía + VA: 2c Adenomastectomía: 1c
<b>LESIÓN RESIDUAL</b>	Sin lesión: 12c Hiperplasia ductal sin atipias: 2c Ca intraductal: 3c, CDI 0,6x0,5x0,5 cm: 1c, CDI 0,6x0,6x0,6 cm: 1c, CDI 1,4x1x0,7 cm: 1c, CDI multifocal (área de 5 cm): 1c, CLIS: 1c

**CONCLUSIONES:** 1- La edad promedio de las pacientes fue 56 años, 2- La nodulesctomía y la BRQ fueron las modalidades quirúrgicas más frecuentes, 3- El estudio histopatológico demostró un 90% de CDI, 4- El 72% de los casos presentó una distancia margen quirúrgico/neoplasia < a 1 mm, 5- El 72% de las mujeres requirió ampliación de tumorectomía más estudio de la axila, ya sea con técnica de GC y/o VA., 6- No se halló lesión residual en el 54% de las pacientes reintervenidas.

# HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON CITOLOGÍA ASC-US

División Ginecología Hospital General de Agudos

J. M. Ramos Mejía Buenos Aires.

AUTORES: Grillo, M; Ramírez Picollo, C; Cibeira, L; Cena, MF; Kunzi, G; Raya, SM

ramosMejía



## OBJETIVO

Describir los hallazgos colposcópicos e histológicos en pacientes con diagnóstico citológico de ASC-US

## INTRODUCCION

Las citologías con ASC-US constituyen entre un 3.4-11% en general y entre un 7-8% en los centros de referencia. Sin embargo, se considera que una proporción no despreciable 7 a 12 % son subdiagnósticos de CIN II/III y por lo tanto, estas pacientes presentan mayor riesgo de desarrollar un carcinoma invasor. Por tal motivo, existe consenso en referir a todas aquellas pacientes con citología ASC-US a colposcopia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte transversal, realizado entre enero 2014 y diciembre de 2018, en el cual se recolectaron datos de pacientes remitidas a la Sección de Tracto Genital Inferior del Hospital J.M Ramos Mejía, con diagnóstico por citología de atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US).

En el período descripto se realizaron 9525 citologías cervicales, de los cuales 79 presentaron características para ASC-US. De estas últimas, solo 44 (44/79) concurrieron a colposcopia. Las imágenes colposcópicas fueron clasificadas en Grado I y II de acuerdo a la Clasificación Colposcópica del IFCCP 2011. Se tomó muestra histológica en aquellas pacientes con ZT 3 y en aquellas con ZT 1 y 2, asociada a imágenes Grado II.

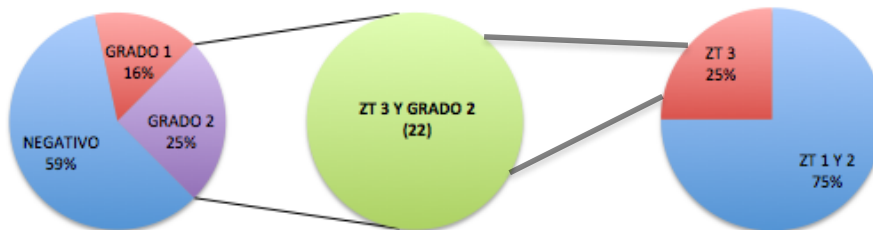
## RESULTADOS

La edad media fue de 37,8 años (mediana 35 años) y presentaron una edad media de inicio de relaciones sexuales de 15 años. Al momento del interrogatorio, el 83% de las pacientes negaban ser tabaquistas y solamente 3 poseían serología positiva para HIV previa a la inclusión en el estudio.

De las 79 pacientes, solo concurrieron al control colposcópico 44, las cuales fueron evaluables. El 59,09% (26/44) no presentaron imágenes patológicas, el 15,90% (7/44) presentaron imágenes de Grado I, y el porcentaje restante (25%, 11/44), imágenes de Grado II. Estas últimas, junto con aquellas que presentaron una ZT 3 (11/44) fueron biopsiadas a fin de obtener muestra histológica.

Del total de pacientes sometidas a biopsia dirigida y LEC (22/44), 50% (11/22) presentaron CIN II o mayor patología.

### DIAGNÓSTICO COLPOSCÓPICO EN PACIENTES CON ASC-US EN CITOLOGÍA



CONCORDANCIA ENTRE HISTOLOGÍA Y COLPOSCOPIA EN PACIENTES CON ASC-US						
COLPOSCOPIA	HISTOPATOLOGÍA	HISTOPATOLOGÍA				TOTAL
		NEGATIVO	LIE BAJO	LIE ALTO	GRADO	
NEGATIVO		5	2	1		8
EN ZT3						
LESION GRADO I			2	1		3
ZT3						
LESION GRADO II			2	8	1	11
CA						
<b>TOTAL</b>			2	6	10	22

## CONCLUSIONES

Una baja incidencia de citología ASC-US está en estrecha relación con la calidad de la citología. En nuestro medio, este porcentaje es del 0,82%, considerablemente menor al descripto en la bibliografía, probablemente debido a que contamos con una Sección de citología, y al trabajo interdisciplinario entre los Servicios de Citología/Anatomía Patológica y Ginecología.

Existen distintas estrategias para el manejo de la citología ASC-US. Dada la prevalencia encontrada de LIE alto grado en pacientes con diagnóstico de ASC-US, recomendamos la realización de colposcopia en pacientes con este diagnóstico citológico al no contar con métodos de tipificación viral para el screening.

Dado el total de pacientes que presentaron imagen Grado II, hemos visto una alta correlación colpohistológica, lo que habla de la utilidad de la colposcopia en equipos especializados en PTGI, mejorando su valor predictivo.

# RESPUESTA DENSITOMETRICA AL USO DE BIFOSFONATOS POST DENOSUMAB

**Autores:** Valeria Premrou, María Laura Eugenio, Ana Clara Fernández, Clara Arnaude, Estefanía Mendioroz, Eugenia Segura, y Laura Maffei. Maffei Centro Medico CABA

**Introducción:** El Denosumab (Dmab) es un anticuerpo monoclonal anti RANK ligando que actúa inhibiendo la resorción ósea en forma reversible. Está indicado para el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica, reduciendo el riesgo de fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera. Al discontinuar su tratamiento por tratarse de una droga con mecanismo de acción reversible es mandatorio utilizar otro tratamiento para evitar el rebote de la actividad osteoclástica, y por consiguiente el empeoramiento de la DMO y/o la aparición de nuevas fracturas.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta densitométrica y la aparición de fracturas en pacientes que recibieron Bifosfonatos al finalizar el tratamiento con Dmab.

**Materiales y métodos:** Se estudiaron en forma retrospectiva las historias clínicas de las pacientes con osteoporosis tratadas con Dmab que hubieran completado el tratamiento. Se analizaron: motivos de suspensión, tratamiento posterior realizado, tiempo de instauración del mismo, aparición de fracturas vertebrales, niveles de cross laps séricos y densitometría ósea luego de 12 meses del tratamiento instaurado post Dmab.

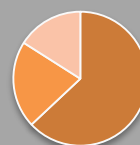
Fueron evaluadas 19 mujeres con una edad media al inicio del tratamiento de  $63 \pm 8.5$  años. El tiempo medio de tratamiento fue de  $3 \pm 1.2$  años (1-5 años).

11/19 (57.9%) habían recibido tratamientos previos para osteoporosis (72.7% bifosfonatos, 18.2% ranelato de estroncio y 9.1% teriparatide) con una mediana de duración de 3 años (1-10 años).

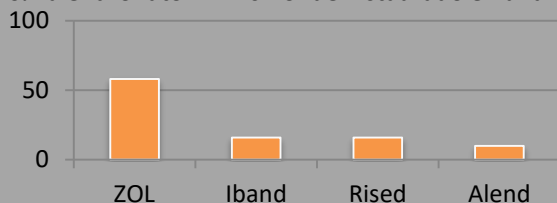
6/19 (31.6%) tenían antecedentes de fracturas: 3 fracturas vertebrales (en 2 pacientes fueron múltiples) y 3 fracturas de muñeca.

**Suspensión de Dmab:**

Los motivos de suspensión fueron: cumplimiento del objetivo de tratamiento (63%), efectos adversos (21%) y costo elevado del tratamiento (16%).



Todas las pacientes recibieron otro tratamiento luego de la suspensión del Dmab: 58% ácido zoledrónico, 16% ibandronato, 16% risedronato, 10% alendronato. El mismo fue instaurado en una media de tiempo de 7.2+1.6 meses.



Se analizaron los valores de DMO basal, al finalizar el Dmab y 12 meses posteriores al uso de Bifosfonatos (BP)

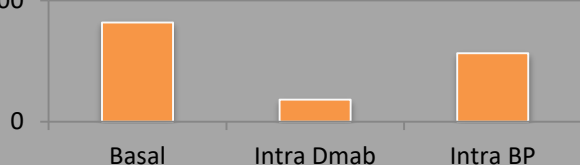
El promedio de DMO (expresado en  $g/cm^2$ ) basal en RL fue de  $0.895 \pm 0.069$ . Al finalizar el tratamiento con Dmab fue de  $0.940 \pm 0.079$  ( $p=0.002$ ). Y luego de 12 meses post BP fue de  $0.937 \pm 0.130$ . No hubo diferencias significativas en la masa ósea al finalizar Dmab y durante tratamiento posterior ( $0.940 \pm 0.079$  versus  $0.937 \pm 0.130$ ,  $p=0.76$  NS). El promedio de DMO basal en CF fue de  $0.759 \pm 0.096$ . Al finalizar el tratamiento con Dmab fue de  $0.781 \pm 0.103$  ( $p=0.07$  NS). Y post al uso de BP fue de  $0.768 \pm 0.121$ . No hubo diferencias significativas en la masa ósea al finalizar denosumab y durante tratamiento posterior ( $0.781 \pm 0.103$  versus  $0.768 \pm 0.121$ ,  $p=0.75$  NS).

	Basal	Post Dmab	p	Post BP	p
RL	0.895	0.940	0.002	0.937	0.76
CF	0.759	0.781	0.07	0.768	0.75

Test t muestras pareadas

Se compararon los valores de cross laps séricos basales, intra tratamiento con Dmab e intra tratamiento con BP.

El valor promedio de cross laps basal (expresados en  $pg/ml$ ) fue de  $409 \pm 211$  (104-840) durante el tratamiento con denosumab fue de  $91.4 \pm 66$  (36-271), y bajo el tratamiento posterior  $282 \pm 102$  (63-402). Hubo diferencias significativas entre los valores basales e intra Dmab  $p=0.01$  y entre intra Dmab e intra tratamiento posterior ( $p=0.0001$ ).



El valor promedio de FAL expresados en U/l basal fue de  $132 \pm 71$  (57-240). Durante el tratamiento con denosumab fue de  $129 \pm 81$  (19-268),  $p=0.52$  NS.

Fracturas: 2 pacientes sufrieron Fx vertebrales post suspensión del Dmab, (1 de ellas a los 2 meses de suspender el Dmab por una caída, tenía antec de uso de BP por 3 años tenía 76 años de edad y la otra a los 4 meses post Dmab, no había recibido tto previo para la OP, 63 años, complicación vertebroplastia,) ambas pacientes tenían fx vertebrales previas.

**Conclusiones:**

En este grupo de pacientes postmenopáusicas tratadas con Denosumab el uso de Bifosfonatos posterior mostro un mantenimiento de la DMO en raquis lumbar, una disminución no significativa en cuello femoral y dos pacientes tuvieron fx vertebrales.

# Mastitis Crónica Granulomatosa Idiopática: Reporte de 3 casos clínicos y Revisión Bibliográfica.

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

Autores: Demonte M; Seilicovich Y; Modarelli F; Serchenko A; Carini M; Stofa N; Ansotegui P.

## 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 granulomatosa y la buena respuesta a los esteroides. Se ha descrito asociación con eritema nodoso, lupus, hiperprolactinemia y uso de anticonceptivos orales. 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 3 casos clínicos de MGI diagnosticados y tratados en la Sección de Patología Mamaria del H. Vélez Sarsfield. Se realizará también una revisión bibliográfica

## MATERIAL Y MÉTODOS

Retrospectivo, descriptivo, observacional de corte longitudinal. Se realizó la búsqueda en el fichero de historias clínicas de la Sección de Patología Mamaria y en la base de datos informática de la Unidad de Anatomía Patológica del HGADV, en un período comprendido entre enero de 2018 a Julio de 2019. Se incluyeron pacientes diagnosticadas y tratadas en nuestro centro con diagnóstico histológico de mastitis granulomatosa crónica idiopática (ya sea primer episodio o recidiva). Se excluyeron pacientes con mastitis aguda y crónica de tipo no granulomatosa idiopática, pacientes diagnosticadas y/o tratadas en otro centro. **Variables:** edad, motivo de consulta (MC), examen físico, ecografía, histología, tratamiento (TTO), seguimiento (SGTO).

## RESULTADOS

De un total de 3149 pacientes fichadas en la Sección de Patología Mamaria, 45 correspondieron al período estudiado, de las cuales 24 correspondieron a patologías benignas, siendo sólo 3 casos MGI. En los 3 casos los cultivos fueron negativos.



V	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	37 años.	27 años. Cursa gestación de 31,3 semanas.	30 años
MC	Proceso inflamatorio de MD.	Tumor de MD. Derivada de otro centro.	Tumor de MI + hipertermia local.
Ex. Físico	Tumoración irregular de 10 cm, MD cuadrante superointerno y externo de bordes irregulares.	Tumoración en cuadrante superoexterno de 7x7 cm, fija, de bordes irregulares, consistencia dura, aumento de vascularización en piel, con tres bocas de drenaje con secreción purulenta.	Tumoración de MI que compromete ambos cuadrantes externos, bordes irregulares, consistencia dura, con boca de drenaje con secreción seropurulenta.
ECO	MD marcado aumento de densidad con extensa colección con ecos en su interior compatible con mastitis en evolución complicada. Axila derecha con dos imágenes ganglionares de 15x3 y 11x17 mm.	MD: imagen nodular heterogénea en topografía periareolar y en cuadrante supero externo de 28,6x17x22 mm con sombra acústica posterior.	MI: Alteración focal de ecoestructura hipoecoica de 70x42mm con alta señal vascular al Doppler. Áreas líquidas con ecos particulados en su interior de 20mm. BR 4.
AP	Mastitis crónica reagudizada con granulomas histiocitarios y áreas de abscedación (pieza de cirugía ELA).	Mastitis crónica reagudizada granulomatosa (por punción histológica).	Mastitis crónica reagudizada de tipo granulomatosa (por punción histológica)
TTO.	Se realiza ELA por falta de respuesta a tratamiento médico*. Se indica prednisona 60 mg/día por 2 meses, luego disminución progresiva de dosis. Respuesta clínica completa. *Amoxicilina-Acido clavulánico, que se rota luego de 7 días a Trimetoprima-Sulfametoxazol por falta de respuesta.	Clindamicina x 7 días, sin respuesta clínica. Se indica prednisona 60 mg/día por 7 días, posteriormente disminución progresiva de dosis. Respuesta clínica completa.	Inicio con trimetoprima + sulfametoxazol por 21 días (sin respuesta clínica). Se rotó a cefalexina 7 días (sin respuesta clínica), y luego a Clindamicina por 7 días con mejoría parcial. Luego, con resultado de la punción histológica inició prednisona 60mg/día.
SGTO:	A los 10 meses se diagnostica en mama contralateral MGI, realizó tratamiento con prednisona 40mg día con dosis decrecientes progresivas durante 3 meses. Se decide ELA por mala adherencia al tratamiento médico. 2 meses sin persistencias ni recurrencias.	7 meses sin persistencias ni recurrencias.	Se encuentra en tratamiento y seguimiento, con buena evolución clínica.



**Fotos A, B, C, D y E:** H/E Proceso inflamatorio crónico reagudizado con focos de abscedación y granulomas histiocitarios con células gigantes multinucleadas en tejido mamario peri e interlobular.

## 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, fistulas y supuración crónica (15-50%) . Esto amerita una buena estrategia de seguimiento clínico e imagenológico periódico y a largo plazo.

# Blastomas Ováricos Mayores a 10 kg. Reporte de 9 Casos Clínicos.

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Sección Ginecología Oncológica. Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield (HGADVS).

Autores: Dras. Marina Demonte, Graciela Alonso, Gimena Antico, Yamila Seilicovich, Ana Pascali, Florencia Modarelli.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los tumores gigantes de ovario (TGO) son una entidad relativamente rara en la actualidad, debido al desarrollo y la disponibilidad de los medios diagnósticos. Por definición se consideran gigantes aquellos tumores cuyo polo superior sobrepasa la altura umbilical. Sin embargo no existe definición respecto al peso.

**Objetivos:** exponer 9 casos clínicos de tumores gigantes de ovario cuyo peso fuera mayor igual a 10 kg. diagnosticados e intervenidos quirúrgicamente en la Unidad de Ginecología del HGADVS y revisión bibliográfica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Estudio retrospectivo-observacional-transversal-descriptivo.

Se realizó la revisión de la base de datos de Anatomía Patológica, fichas de Ginecología Oncológica e historias clínicas de pacientes intervenidas por blastomas ováricos en un periodo comprendido entre febrero de 2015 a febrero de 2019.

**Criterios de inclusión:** pacientes diagnosticadas y operadas en nuestro Servicio, tumores abdominopelvianos de origen anexial cuyo polo superior sobrepasó la altura umbilical por ecografía y examen físico. Peso tumoral >/- 10 kg.

**Criterios de exclusión:** pacientes operadas en otro Centro, tumores de origen no anexial o anexial cuyo polo superior fuera subumbilical. Peso tumoral < 10 kg.

**Variables analizadas:** edad (años), motivo de consulta (MC), Doppler, ecografía ginecológica (Eco TV), CA 125, CA 19-9, CEA, tratamiento quirúrgico, anatomía patológica (AP).

## RESULTADOS

Sobre un total de 39 masas anexiales intervenidas quirúrgicamente en nuestro Centro, sólo 9 correspondieron a tumores ováricos gigantes (polo superior supraumbilical) >/= a 10 kg; constituyendo el 23,07 %. En todos los casos la VEDA y la VCC no mostraron lesiones. El estudio citológico del lavado de cavidad fue realizado en todos los casos, siendo negativo para células neoplásicas en el 100 %. A todas se les solicitó RMN de alta resolución con técnica de difusión, debido a la demora en nuestro medio, se reemplazó por Tac tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso.

CASO	1 VM	2 FM	3 CR	4 LD	5 JB	6 MA	7 FM	8 ZC	9 FP
EDAD	49 años.	39 años.	19 años.	39 años.	34 años.	34 años.	27 años.	39 años.	52 años.
MC	Tumor abdomeno pelviano.	Dolor Abdominal.	Tumor abdomeno pelviano.	Aumento del diámetro abdominal.	Tumor abdomeno pelviano.	Tumor abdomeno pelviano.	Tumor abdomeno pelviano.	Tumor abdomeno pelviano.	Tumor abdomeno pelviano. Antecedente de HT + anexectomía derecha por patología benigna.
DOPPLER	No realizado.	Escasa vascularización en su interior.	No realizado.	OD flujo vascular atípico de baja resistencia.	OD baja resistencia.	No realizado.	Negativo, vascularización periférica.	Negativo, si vasos de neoformación.	Negativo, vascularización periférica.
Eco TV	Formación expansiva de 238 mm líquida con septos y nódulos con densidad de partes blandas.	Formación heterogénea componente tejido graso y calcificaciones 18X15X11 cm compatible con teratoma.	Imagen voluminosa de aspecto líquido con infinidad de tabiques y material ecogénico amarillo en su interior de 28X15X20 cm.	OD formación quística multiculada de 17,8X11,8cm.	Anexo derecho imagen anecica de paredes finas quiste con finos ecos en su interior de 16X12,7X16,5 cm.	Región anexial izquierda formación quística, anecica, bordes regulares, tabicada de 120X99mm.	DI formación quística, voluminosa, compleja multibacada (tabiques finos), márgenes regulares de 283X225mm.	Formación quística en CI, voluminosa, compleja multibacada (tabiques finos), márgenes regulares de 251X107X138mm con áreas vegetantes ecogénicas internas; de aspecto sólidas, la mayor de 91X70X31mm.	Formación de aspecto mixta medio-abdominal de probable origen aneal predominantemente líquida, de aspecto quística de 251X107X138mm con áreas vegetantes ecogénicas internas; de aspecto sólidas, la mayor de 91X70X31mm.
CA 125	40,7	109,4	63,6	165,1	131,7	5	16,3	40,2	19,8
CA 19-9	55,6	1,1	23,9	0,8	2	< 2	8,4	1,4	27,9
CEA	3,2	3,9	1,1	1,9	1,9	1,9	0,4	2,7	0,6
QUIRURGIA	Anexectomía izquierda.	Anexectomía derecha.	Anexectomía derecha + omentectomía + biopsias peritoneales múltiples (30).	Anexectomía derecha.	Anexectomía derecha + HT + Apendicectomía + omentectomía + biopsias peritoneales (30).	Anexectomía izquierda + HT + apendicectomía + biopsias peritoneales (30).	Coforectomía + salpingiectomía izquierda.	Anexectomía izquierda.	Anexectomía izquierda + omentectomía + biopsias peritoneales múltiples (30) + biopsia de adherencias abdomeno epiloicas(10)
AP	Cistoadenoma mucinoso de ovario tipo endocervicoide de 35X23X21 cm.	Teratoma quístico maduro. Salpingitis crónica.	Tumor quístico multiculada mucinoso de ovario derecho con componente benigno (cistoadenoma) y de tipo borderline focal de 30X22X8 cm.	OD cistoadenoma mucinoso de 18X19X8 cm.	OD cistoadenoma mucinoso multiculada de ovario con áreas borderline.	Cistoadenoma mucinoso multiculada de ovario izquierdo con áreas de tipo borderline.	Cistoadenoma seroso de ovario izquierdo de 16,5X12,5X7,5 cm de diámetro, trompa uterina izquierda congestiva sin particularidades.	Cistoadenoma mucinoso multiculada de CI de 32x26x11cm, trompa uterina congestiva.	Tumor quístico seroso papilar de tipo borderline de 40x35x18cm. Biopsias de adherencias peritoneales e internas: vasocongestión, hemorragia y focos con extravasación leucocitaria e infiltrado inflamatorio crónico. Epiplón con focos de infiltrado inflamatorio agudo
	Peso 12 kg.	Peso 14 kg.	Peso 16 kg.	Peso 13 kg.	Peso 17 kg.	Peso 15 kg.	Peso 10kg.	Peso 15kg.	Peso 20kg.

### Casos 1, 4 y 8: Cistoadenomas Mucinosos.

### Caso 2: Teratoma Benigno

### Casos 3, 5 y 6: TBL Mucinosos.

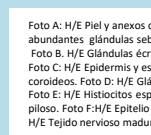
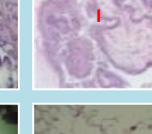
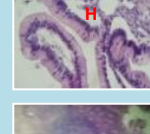
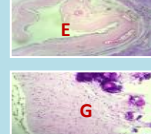
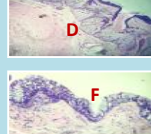
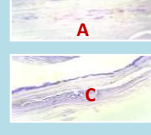
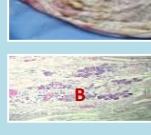
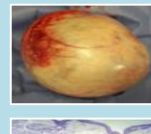
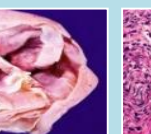


Foto A: H/E Piel y anexos cutáneos con abundantes glándulas sebáceas.  
Foto B: H/E Glándulas écrinas y apócrinas.  
Foto C: H/E Epidermis y estructuras de tipo plexo coroides. Foto D: H/E Glándulas sebáceas.  
Foto E: H/E Histiocitos espumosos rodean folículo piloso. Foto F: H/E Epitelio respiratorio. Foto G: H/E Tejido nervioso maduro y focos calcícos.

Foto H: H/E Lóculo revestido por epitelio mucinoso de tipo endocervicoide.  
Foto I: H/E Epitelio proliferante Atípico Mucinoso.  
Foto J: H/E Epitelio proliferante Atípico Intestinal.  
Foto K: H/E Apex sp/. Foto L: H/E Epiplón sp/.

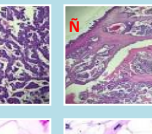
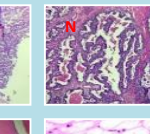
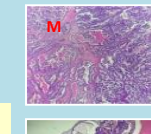
### Caso 7: Cistoadenoma Seroso de Ovario.



## CONCLUSIÓN

Los TGO son una entidad rara en la actualidad debido al desarrollo de los medios diagnósticos y quirúrgicos. En las décadas de los setenta y ochenta, sólo se informaron en la literatura mundial 20 casos. Estos tumores suelen ser asintomáticos, la clínica y el manejo estará determinado por el crecimiento desmesurado que conlleva a una masa abdominal palpable, dolor abdominal o síntomas derivados de la obstrucción o irritación del aparato urinario o del recto. Si bien en su mayoría suelen ser de estirpe mucinosos, pudimos observar un caso de Cistoadenoma seroso, otro de teratoma quístico maduro y un TBL seroso papilar.

### Caso 9: TBL Seroso Papilar de Ovario.



Fotos M, N, Ñ, O : H/E Patrón micropapilar "en filigrana".  
Foto P: H/E : Epiplón sp/.  
Foto Q: H/E: Adherencias sp/.