

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Septiembre - Octubre 2013

Año LXXII
730

REVISIÓN

Carcinoma de mama oculto. Revisión de la literatura
J. J. Escribano Tórtola, V. Díaz Miguel

ARTÍCULO ORIGINAL

Maduración e inducción del parto mediante balón de Cook en gestantes con cesárea previa
Berzosa J., De la Cruz A., Skaff A.

CASO CLÍNICO

Hemangioma capilar polipoide de vulva
J. López-Olmos, P. Soriano

Leiomiomatosis metastásica pulmonar benigna:
seguimiento durante 8 años
*Savirón Cornudella R., Adiego Calvo I., Savirón Tajahuerce R.,
Alberto Tierz J., Álvarez Alegret R.*

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Las agresiones y abusos sexuales en la infancia y
su repercusión psicosomática en la edad adulta
Cruz González J.





Revista de Formación
Continuada. Fundada en 1936
por el Sr. F. García Sicilia y el
Dr. F. Luque Beltrán.
Es propiedad de los
profesores Bajo Arenas
y Cruz y Hermida.

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:

Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

INDEXADA EN:

IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alert, Biosis, Sedbase

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA Y CRÍTICA DE LIBROS:

Hospital Universitario Santa Cristina
Cátedra de Obstetricia y Ginecología
1ª planta. Edificio A.
C/ Maestro Vives, 2
28009 Madrid

Correo electrónico:

tokoginecologia@gmail.com

Perioricidad:

6 números al año

Disponible en Internet:

www.tokoginecologia.org

EDICIÓN



Avda. Alfonso XIII, 158 - 28016 Madrid
Telf: 91 353 39 92
Fax: 91 345 13 13

PUBLICIDAD

91 353 39 92
miguel@equium.es

SUSCRIPCIONES

91 353 39 92
tokoginecologia@equium.es

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Profesionales	52,75€
Instituciones	81,49€
MIR y estudiantes	41,55€
IVA incluido. Precios válidos para España	
Extranjero (sin IVA)	91,39€

PUBLICACIÓN AUTORIZADA

como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

ISSN: 0040-8867

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958



TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J. M. Bajo Arenas

EDITOR ASOCIADO

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F. J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acién Álvarez, P.
Álvarez de los Heros, J.I.
Balagueró Lladó, L.
Balasch Cortina, J.
Barri Ragué, P. N.
Barrio Fernández, P. del
Becerro de Bengoa, C.
Bonilla Musoles, F.
Bruna Catalan, I.
Castelo-Branco, C.
Carrasco Rico, S.
Carreras Moratonas, E.
Cabero Roura, A.
Comino Delgado, R.
Cortés Bordoy, J.
Criado Enciso, F.
Cristóbal García, I.
Cuadros López, J.L.
Díaz Recasens, J.
Ezcurdia Gurpegui, M.
Espuña Pons, M.
Ferrer Barriendos, J.
Florido Navío, J.
Fuente Pérez, P. de la
Fuente Ciruela, P. de la
Fuente Valero, J. de la
García Hernández, J. A.
González González, A.

Hernández Aguado, J.J.
Huertas Fernández, M.A.
Iglesias Guiu, J.
Laila Vicens, J. M.
Lanchares Pérez, J. L.
Lazon Lacruz, R.
López García, G.
López de la Osa, E.
Manzanera Bueno, G.
Martínez Pérez, O.
Martínez-Astorquiza, T.
Miguel Sesmero, J. R. de
Montoya Videsa, L.
Novo Domínguez, A.
Palcios Gil-Antuñano, S.
Pérez - López, F. R.
Pérez-Medina, T.
Sabatel López, R.
Sánchez Borrego, R.
San Frutos Llorente, L.
Tejerizo López, L. C.
Troyanno Luque, J.
Usandizaga Calpasoro, M.
Usandizaga Elio, R.
Vidart Aragón, J. A.
Xercavins Montosa, J.
Zamarriego Crespo, J.

COMITÉ CIENTÍFICO DE HONOR

Abad Martínez, L.
Berzosa González, J.
Cabero Roura, L.
Dexeus Trías de Bes, J.M.

Dexeus Trías de Bes, S.
Escudero Fernández, M.
Fabre González, E.
Fernández Villoria, E.

Garzón Sánchez, J.M.
González Gómez, F.
Parrilla Paricio, J. J.
Usandizaga Beguiristain, J. A.



SUMARIO

AÑO LXXII ♦ SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2013 ♦ NÚMERO 730

REVISIÓN

Carcinoma de mama oculto. Revisión de la literatura

J. J. Escribano Tórtola, V. Díaz Miguel 121

ARTÍCULO ORIGINAL

Maduración e inducción del parto mediante balón de Cook en gestantes con cesárea previa

Berzosa J., De la Cruz A., Skaff A. 131

CASO CLÍNICO

Hemangioma capilar polipoide de vulva

J. López-Olmos, P. Soriano 136

Leiomiomatosis metastásica pulmonar benigna: seguimiento durante 8 años

Savirón Cornudella R., Adiego Calvo I., Savirón Tajahuerce R., AlbertoTierz J., Álvarez Alegret R. 140

TRIBUNA HUMANÍSTICA

Las agresiones y abusos sexuales en la infancia y su repercusión psicosomática en la edad adulta

Cruz González J. 143



CONTENTS

LXXII YEARS ♦ SEPTEMBER - OCTOBER 2013 ♦ NUMBER 730

REVIEW ARTICLES

Occult breast cancer. Literature review

J. J. Escribano Tórtola, V. Díaz Miguel 121

ORIGINAL ARTICLE

Ripening and induction of labour by Cook's balloon in pregnant women with previous cesarean section

Berzosa J., De la Cruz A., Skaff A. 131

CASE REPORTS

Vulvar polypoid capillary hemangioma

J. López-Olmos, P. Soriano 136

Benign pulmonary metastatic leiomyomatosis: followed for 8 years

*Savirón Cornudella R., Adiego Calvo I., Savirón Tajahuerce R.,
AlbertoTierz J., Álvarez Alegret R.* 140

HUMANISTIC PLATFORM

The assault and childhood sexual abuse and its repercussions adulthood psychosomatic

Cruz González J. 143



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Los manuscritos enviados a TOKO-GINECOLOGIA PRÁCTICA deben hacer referencia a aspectos novedosos de la especialidad de Obstetricia y Ginecología y especialidades adyacentes que puedan suscitar el interés científico de los lectores. Pueden incluirse aspectos de la anatomía, fisiología, patología clínica (diagnóstica o terapéutica), epidemiología, estadística, análisis de costes, cirugía siempre dentro de la índole gineco-obstétrica.

Como **normas generales**, todos los manuscritos deberán presentarse en formato electrónico, confeccionados con el editor de textos Word (.doc), con espaciado 1,5 líneas, tamaño de letra 12 puntos tipo Arial o Times New Roman, y todos los márgenes de 3 cms. en los 4 bordes de la página. Todas las páginas del manuscrito deberán ir numeradas en su ángulo superior derecho. Todos los trabajos se estructurarán de la siguiente forma:

- 1ª Página: Título, Title (en inglés), Autores (primer apellido y nombre) separados por comas y con un máximo de 5 en cualquier tipo de artículo (a partir de 5 no se incluirán en la publicación), Filiación (centro de trabajo de los autores), Correspondencia (dirección completa y persona de correspondencia incluyendo un email válido que será el que se use para la comunicación con el comité editorial de la revista). Por último se debe indicar el TIPO de artículo (ver tipos más abajo).
- 2ª Página: Resumen (máximo 200 palabras, será claro y conciso. No se emplearán citas bibliográficas ni abreviaturas.), Palabras clave (mínimo 3 y separadas por puntos), Abstract (en inglés) y Key words (en inglés).
- 3ª Página: Comienzo del cuerpo del artículo

Los trabajos deben contener material original, aunque se contemple la posibilidad de reproducción de aquellos que, aún habiendo sido publicados en libros, revistas, congresos, etc., por su calidad y específico interés merezcan ser recogidos en la Revista, siempre y cuando los autores obtengan el permiso escrito de quién posea el *Copyright*.

Los trabajos serán enviados por correo electrónico a tokoginecologia@gmail.com, que acusará el recibo del artículo para su valoración editorial. Tras la recepción, se comunicará la aceptación o rechazo del mismo al autor de correspondencia por email, así como los potenciales cambios o correcciones a realizar si fuese menester. En caso de aceptación en un tiempo adecuado se le enviará al mismo autor las galeras del artículo para su corrección y subsanación de errores, que deberá realizar en 48 horas, antes de la impresión del mismo.

Tipos de artículos

- **ORIGINALES:** El resumen y abstract se dividirá en los siguientes apartados: Objetivos, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones. El texto se dividirá en las siguientes: Introducción (Exposición de los objetivos de la investigación y la literatura al respecto, es una puesta al día del tema investigado), Material y Métodos (describir el tipo de estudio, pacientes, metodología empleada, el material y el análisis estadístico de los datos), Resultados (describir objetivamente los resultados obtenidos), Discusión (se debe comentar los resultados y relacionarlo con el estado del arte, explicar los por qué y llegar a conclusiones que respondan a los objetivos planteados inicialmente. No dar conclusiones no respaldadas por los resultados. Proponga recomendaciones o alternativas. Máximo 2500 palabras).
- **REVISIONES:** El resumen no es necesario que tenga estructura determinada, si bien puede estructurarse como un original. Del mismo modo el cuerpo del artículo en caso de ser una revisión sistemática irá estructurado como un original y en caso de ser una revisión de un tema concreto narrativa se estructurará como convenga al autor siempre con Introducción al inicio y Conclusiones o Discusión al Final. La intención es realizar una puesta al día de un tema determinado, con cierto carácter didáctico. Máximo 4000 palabras.



NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

- **CASOS CLÍNICOS:** El resumen no tendrá estructura determinada. El artículo se estructurará del siguiente modo: Introducción, Caso Clínico (descripción concisa del caso), Discusión. Además debe contener entre 1-4 figuras que ilustren el caso. Máximo 1500 palabras.
- **TRIBUNA HUMANÍSTICA:** Se admitirán trabajos y ensayos, dentro de un contexto histórico, filosófico, social antropológico, artístico, etc., relacionado singularmente con las disciplinas obstétrico-ginecológicas, con la intención de enriquecer culturalmente las páginas de la revista. Máximo 3000 palabras.

Agradecimientos

Se colocarán tras la Discusión, al acabar el cuerpo del texto. Aquí se deben incluir a las personas que han colaborado en algún aspecto del trabajo pero no en la redacción del manuscrito.

Bibliografía

Seguirán las **Normas de Vancouver** para las citas. Las referencias en el texto se colocarán con números arábigos entre paréntesis y por orden de aparición. Sirvan los ejemplos siguientes:

a) Revista, artículo ordinario:

De Maria AN, Vismara LA, Millar RR, Neumann A, Mason DT. Unusual echographic manifestations of right and left Heratmyxomas. Am J Med 1975;59:713-8.

Las abreviaturas de las revistas seguirán las características del Index Medicus.

b) Libros:

Feigenbaum H. Echocardiography. 2ª Ed. Filadelfia: Lea and Febiger, 1976:447-59

Tablas y Figuras

Se añadirán a continuación de la Bibliografía empezando una página nueva. En cada página se colocará una Tabla o Figura con su respectivo pie de Tabla o Figura, numerados según el orden de aparición en el texto (que es obligatorio) e indentificando las abreviaturas empleadas en las Tablas o las Figuras.

En caso de que la calidad o tamaño de las figuras haga que el manuscrito ocupe demasiado espacio para ser enviado por email, podrán enviarse las Figuras en archivos independientes, permaneciendo los pies de figuras en el manuscrito principal.

Deben tener una calidad suficiente para poder verse con claridad una vez impresas. Los formatos admitidos para las fotos son JPG (preferible) o GIF. Si es conveniente se puede añadir a la figura una flecha para indicar un aspecto relevante de la imagen.

Quienes deseen que las ilustraciones de sus trabajos se impriman a color (en condiciones normales se imprimirán en escala de grises), una vez aceptado el artículo, deberán ponerse en contacto con la Editorial para presupuestar el cargo que ello conlleva.

Todos los artículos aceptados quedan como propiedad permanente de TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA y no podrán ser reproducidos total o parcialmente, sin permiso de la Editorial de la Revista. El autor cede, una vez aceptado su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública de su trabajo, en todas aquellas modalidades audiovisuales e informáticas, cualquiera que se au soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.

Revisión

Carcinoma de mama oculto. Revisión de la literatura

Occult breast cancer. Literature review

J. J. Escribano Tórtola, V. Díaz Miguel

Unidad de Mama. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario del Henares. Madrid

RESUMEN

El carcinoma oculto de mama, es una entidad clínica infrecuente definida por la presencia de una adenopatía metastásica axilar sin manifestación clínica o radiológica del tumor primario en la mama. El uso de técnicas específicas de inmunohistoquímica, tales como la determinación de receptores hormonales para progesterona, estrógenos, de la proteína mamoglobina, citoqueratina 19, 20, etc. pueden orientarnos a la caracterización y origen del tumor. Desde el punto de vista radiológico el estudio mamario ha de iniciarse con mamografía bilateral, y en el caso de que ésta sea negativa, completar el mismo con ecografía y resonancia magnética nuclear (R.M.N.) La utilización de otras pruebas de imagen es cuestionable. La NCCN (National Comprehensive Cancer Network Guidelines aconseja el uso de TAC toracoabdominal y cervical, mientras que no recomienda el uso del PET-TAC. de screening. Desde el punto de vista terapéutico, las opciones son: mastectomía más linfadenectomía o linfadenectomía más irradiación completa de la mama siendo ésta la más defendida, y cuadrantectomía supereexterna más linfadenectomía, no aceptándose de ningún modo la actitud expectante sobre la mama. El tratamiento sistémico, la terapia endocrina y el uso de Trastuzumab, se realizará conforme a un estadio IIA–IIIA de cáncer de mama y en función del resultado del estudio inmunohistoquímico. En cuanto a la supervivencia de estas pacientes es la misma que en las pacientes con tumores primarios en estadios iniciales y subtipo histológico similar.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama oculto, adenopatía metastásica axilar

ABSTRACT

Occult breast cancer is an uncommon clinical entity, defined by the presence of metastatic disease without radiological or clinical tumour in the breast at the time of presentation. Using specialized immunohistologic techniques such as, determination of hormonal receptors (progesterone and estrogen), mamoglobin, cytokeratin 19, 20, etc. Can aid in tumour characterization. Radiological studies must include mammography and in case of negative mammogram we should continue with breast ultrasound and breast magnetic resonance imaging (MRI). Extensive staging evaluation is unnecessary. Guidelines for workup of patients with isolated axillary metastases from the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) suggest only a neck, chest and abdominal CT scan, and do not recommend screening PET-TAC.. Axillary lymph node dissection is recommended and the, treatment for the ipsilateral breast is controversial: mastectomy, whole breast radiation or supereexternal quadrantectomy. Observation alone is not accepted. Systemic adjuvant therapy, endocrine therapy and use of Trastuzumab, will be use according for stage IIA-IIIA breast cancer, and immunohistochemical results. Survival rates among these patients are the same as in the patients with primary tumours in early stages and similar histological subtype.

KEY WORDS

Occult breast cancer, Axillary lymph node metastases

INTRODUCCIÓN

Se denomina cáncer oculto de mama a la neoplasia que no presenta manifestación clínica ni radiológica del tumor primario de la mama pero en la que sí se evidencia una adenopatía metastásica de la misma, generalmente en la región axilar (N1-N2) y con mucha menor frecuencia en la región supraclavicular (N3). Se trata de una patología muy infrecuente, entre el 0.3 y el 0.8 % de todos los carcinomas de mama (1-5). Fue descrito por primera vez por Halsted, en 1907, al describir tres casos (6) y , aunque en los últimos años se ha reducido su incidencia con los avances en las técnicas de imagen, como mamografía, ecografía, resonancia nuclear magnética (RNM), TAC y PET-TAC (7-9), todavía constituye un importante desafío diagnóstico y terapéutico.

EPIDEMIOLOGÍA

En España, una de cada tres mujeres padecerá un cáncer a lo largo de su vida y una de cada nueve se verá afectada por un cáncer de mama, que representa el tipo de cáncer más frecuente en la mujer y la

CORRESPONDENCIA:

Dr. Juan José Escribano Tórtola
Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital General Universitario del Henares.
C/ Avellano, 4, 28903 Getafe. Madrid
E-mail: estojj@hotmail.com;
jjose.escribano@salud.madrid.org

segunda causa de muerte por neoplasias malignas en el sexo femenino. Las campañas de cribado poblacional mamográfico realizadas en nuestro país facilitan el diagnóstico precoz de las formas asintomáticas (siempre que se consiga como mínimo el 70% de cobertura), pero en numerosas ocasiones la manifestación clínica en forma de tumor palpable, alteraciones de la piel y/o complejo areola-pezones, telorreas y telorragias facilitan su detección (3,4,10-12). Los países en los que la cobertura sanitaria es deficiente presentan un tasa de detección de tumores localmente avanzados del 40-60%, porcentaje que se reduce al 5 % en aquellos con programas adecuados de cribado como objetivo de política sanitaria en materia de salud pública (4).

La palpación de adenopatías axilares se relaciona generalmente con procesos benignos. En aquellos casos en los que se identifica un cáncer, es el de mama el que con mayor frecuencia origina adenopatías axilares, hasta en un 50%. Aunque la mayor parte de los pacientes son mujeres, también se han evidenciado casos en hombres aunque de forma excepcional (1,13-17).

Otras neoplasias malignas que pueden presentar afectación de los ganglios axilares son los linfomas, causa más frecuente de afectación inicial metastásica, melanomas, sarcomas, cánceres de tiroides, de piel, de colon y de pulmón. Con menor frecuencia aparecen los tumores malignos de útero, ovario, glándulas sudoríparas, hígado y de estómago. En el 30 % de estos casos el tumor primario no llega a identificarse (1,2,18). En los casos de metástasis axilares por tumores ginecológicos, 0.03% en cáncer de endometrio, se debe hacer diagnóstico diferencial entre la metástasis y el cáncer sincrónico de mama y del órgano ginecológico (19).

El hallazgo de adenopatías supraclaviculares siempre es patológico y con un alto riesgo de malignidad. La afectación de una adenopatía supraclavicular como primer hallazgo clínico del cáncer oculto de mama es muy rara. Generalmente se observan en casos de cáncer de mediastino, pulmón o esófago (lado derecho) y gastrointestinales (lado izquierdo), aunque también puede observarse en tumores renales, pancreáticos, de próstata, testiculares y de ovario. Entre el 5 -10% de los casos con este tipo de adenopatías el tumor está oculto, siendo los lugares más frecuentes para su localización la nasofaringe, orofaringe y la hipofaringe. El 15% de las metástasis ganglionares del cuello provienen de tumores primarios bajo la clavícula, objetivándose las adenopatías con mayor frecuencia en la cadena yugular inferior y en los ganglios supraclaviculares, generalmente del lado izquierdo (4,20).

CLASIFICACIÓN TNM

En la última edición de la clasificación TNM (Tabla I) y en la clasificación por Estadios (Tabla II), el cáncer oculto de mama se presenta generalmente como un T0 N1-N2 M0 y el Estadaje puede variar desde un estadio IIA a un IIIA según el grado de afectación axilar. Una vez realizado el tratamiento quirúrgico y solo en caso de descubrir el tumor primario, se debe reestadiar a la paciente variando la categoría dada al tamaño tumoral (T). La afectación excepcional de adenopatías claviculares se cataloga como N3 y estadio IIIC, con importante repercusión en la estrategia terapéutica y peor tasa de supervivencia en estos casos (3,4).

CLÍNICA

La ausencia de clínica y el hallazgo casual de un nódulo axilar, descrito con mayor frecuencia en lado izquierdo, es la norma en este subgrupo de cáncer de mama, pero dado el amplio abanico de

posibilidades diagnósticas existentes ante el hallazgo casual de una adenopatía axilar, generalmente asintomática, no debemos plantearnos como primer diagnóstico la posibilidad de un cáncer de mama y menos aún que sea homolateral. Tal y como se ha descrito en la literatura, existen patologías infecciosas, inflamatorias y tumorales de localización extratamaria que pueden debutar con el hallazgo solitario de una adenopatía axilar de hasta 4 cm de tamaño, en algún momento de la evolución del proceso (1,3). La mayoría de los carcinomas ocultos de mama presentan un tamaño de 1-2 cm, con una frecuencia representativa son microscópicos y en algún caso se ha descrito un tamaño tumoral de 5 cm (21).

Ante la sospecha diagnóstica de un cáncer de mama oculto se debe contemplar siempre la posibilidad de error y para evitarlo, no debemos olvidar el tumor localizado en la cola mamaria de Spencer, cuyo diagnóstico será confirmado en el estudio anatomopatológico de la biopsia, y la aparición de metástasis en la axila contralateral en casos de pacientes tratadas de un cáncer de mama primario y que por tanto, no debemos diagnosticar como un segundo cáncer de mama oculto (18).

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA

El primer paso en el diagnóstico de una adenopatía axilar sin causa infecciosa o inflamatoria evidente es la realización de una biopsia. Además de la técnica de observación mediante tinción clásica con hematoxilina-eosina, el estudio inmunohistoquímico y la microscopía electrónica facilitan la precisión diagnóstica y la exclusión de otras patologías (1). Los marcadores inmunohistoquímicos más utilizados son los reflejados en la Tabla III. Ninguno de los marcadores tiene una sensibilidad y especificidad suficientes como para ser utilizado de forma aislada como detectores de células tumorales malignas diseminadas procedentes del carcinoma mamario (4,22,23). Los marcadores más frecuentemente utilizados como la positividad de receptores de estrógenos y estrógenos sugieren el origen ipsilateral del cáncer de mama aunque no son positivos en el 100% de los casos. Merece la pena destacar el papel que juega la mamaglobulina (proteína de la familia de la secretoglobulina), como uno de los principales métodos para la detección de células tumorales malignas, que aparece en el tejido mamario normal y que en el cáncer de mama se detecta sobreexpresado. La mamaglobulina es, después de la citoqueratina 19, el marcador de cáncer de mama más estudiado (Figuras 1-2) (24). El marcador HER2 no se utiliza generalmente como diferenciador del cáncer de mama que debuta con adenopatía axilar por su falta de especificidad y además solo el 18-20% de pacientes con cáncer de mama sobreexpresan esta proteína, aunque el hallazgo de positividad 3+ para Her-neu pueden respaldar el diagnóstico de cáncer primario de mama. Se han descrito en la literatura determinados patrones de expresión que favorecerían el diagnóstico de cáncer oculto de mama (positividad para CEA, CA 125, CK7 y 19, RE/RP, mamaglobulina, Ca15.3, y negatividad de CK 20) (25-31).

Un examen completo de ambas mamas es obligado. Clásicamente la primera prueba complementaria a realizar en la búsqueda del tumor primario es la mamografía aunque en numerosas ocasiones no consigue detectar este tipo de tumor y solo en un 10-20% de los casos la lesión es identificada (32,33). La sensibilidad de la mamografía es de un 90% en el cáncer de mama sintomático y de un 25%, con un escaso valor predictivo positivo y con una especificidad del 73% en los casos de cáncer de mama oculto, poniendo de manifiesto la baja sensibilidad y especificidad de esta técnica de imagen en la detección de estos tumores (3,34). En alguna serie se ha descrito que hasta un 30% de los

tumores ocultos de mama miden 5 mm o menos y que el tejido fibroglandular mamario puede dificultar su diagnóstico mamográfico (35). Una mamaografía negativa en este contexto clínico obliga a continuar con otras técnicas de imagen, ecografía y RNM de la mama, habitualmente. El empleo de la ecografía mamaria para el diagnóstico muestra datos de escaso interés debido a la elevada tasa de falsos positivos y negativos de la prueba en estos casos (36).

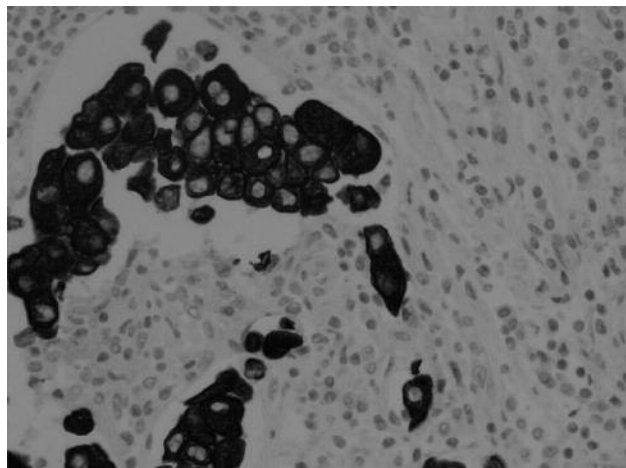


Figura 1. Marcador CK19

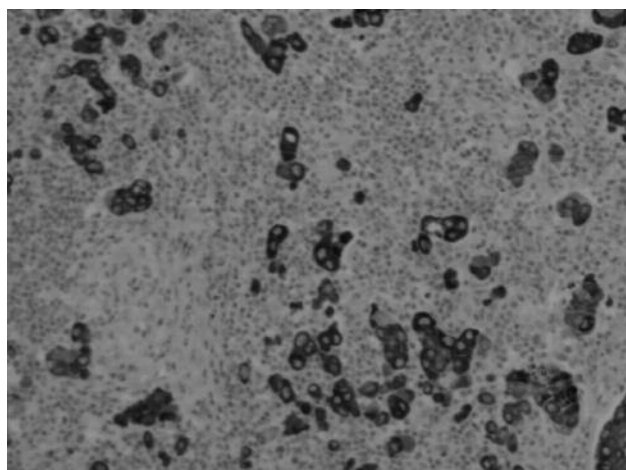


Figura 2. Marcador Mamaglobina

La RNM supone la prueba principal en el diagnóstico del cáncer oculto de mama debido a la escasa utilidad de la mamografía. Presenta una alta sensibilidad, 85-100%, en la detección de lesiones ocultas, aunque presenta una limitada especificidad, 35-90%, con un mayor número de falsos positivos, hasta un 29% en algunas series, aunque inferior que la mamografía, para diferenciar entre lesión benigna y maligna (1,4). Varias series descritas en la literatura informan de la capacidad de detección de la RNM, entre 43-86% de las mujeres con adenopatía axilar y exploración clínica y mamográfica negativa. Los hallazgos positivos de la RNM se asocian a un 71% de presencia tumoral y la negatividad de la prueba se asocia a una baja predicción de

detección del tumor, 20%, comprobado en las piezas de mastectomía (2,36-51). La utilización de la RNM puede facilitar el diagnóstico del tumor oculto y permite la orientación terapéutica hacia una cirugía conservadora de la mama en casos seleccionados, considerándose en la actualidad una técnica de imagen obligada en el diagnóstico de estas pacientes (1,3).

La recomendación de utilización de otras pruebas de imagen en el estudio del cáncer de mama oculto es cuestionable. Así, la NCCN (National Comprehensive Cancer Network Guidelines), en el año 2013, recomienda la utilización de pruebas como el TAC cervical, abdominal y torácico mientras que no recomienda el uso del PET-TAC. de screening (32).

Sin embargo se ha descrito en la literatura la utilización del PET y su fusión con las imágenes de un escáner PET-TAC, que permite con éxito la localización tumoral al evaluar la actividad metabólica de los mismos y la detección de afectación axilar en casos de mujeres con cáncer de mama, alcanzando una sensibilidad del 95% y una especificidad del 65%. Algunos autores sugieren que las pacientes con estudio axilar negativo, presentarían un riesgo mínimo de afectación linfática axilar (52,53). Entre las ventajas del PET destacan la detección de lesiones a distancia que pueden provocar un cambio de actitud terapéutica y el escaso porcentaje de falsos positivos (54). Entre sus desventajas se citan el alto coste de la técnica y la dependencia para detectar el tumor primario del tamaño tumoral y del tipo histológico, siendo la sensibilidad diagnóstica de un 68.2% para tumores T1 (0-2 cm), de un 92% para los T2 (2-5 cm) y del 100% para los T3, con un elevado número de falsos negativos en aquellos tumores de pequeño tamaño, pT1a (0.5cm) y pT1b (>0,5cm), y en lesiones de bajo grado de malignidad, llegando hasta un 65,2 % de falsos negativos en casos de carcinoma lobulillar (3,4,55).

Si las pruebas de imagen permiten encontrar una lesión sospechosa en la mama, con mayor frecuencia en el cuadrante súpero-externo, resulta obligado la biopsia selectiva de dicha zona para confirmar el origen primario del tumor y establecer el tratamiento correspondiente. Respecto a la anatomía patológica, se describen patrones típicos de láminas tumorales sólidas sin formaciones glandulares y células grandes con características citológicas apocrinas, hasta en un 65% de los casos (56,57). Los tipos histológicos son similares a los encontrados en el cáncer de mama no oculto, hasta un 73% de casos de carcinoma ductal infiltrante, pero presenta un mayor grado de indiferenciación (grado III de Bloom y Richardson) en los ganglios axilares y en el tumor primario (57). En los casos en los que no se descubre ese origen primario, el manejo terapéutico de esas pacientes no está claramente establecido y se permiten varias opciones.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Existe consenso en relación a los beneficios del tratamiento quirúrgico y/o radioterápico de la axila y a los beneficios del tratamiento sistémico. En el caso del carcinoma oculto de mama no existe un consenso general al respecto y se han propuesto varias estrategias, desde la actitud expectante mediante observación mamaria hasta que se manifieste clínicamente el cáncer, el tratamiento local de toda la mama con radioterapia, la cirugía conservadora de la mama (cuadrante súpero-externo) asociada o no a radioterapia y la cirugía más radical mediante mastectomía. Conviene recordar que en un tercio de los casos no se encuentra tumor en la pieza quirúrgica (3,4,58,59).

Algunas series publicadas describen la observación clínica de la mama como opción terapéutica válida, debido a la mejora progresiva de

las técnicas de detección por imagen que facilitará su diagnóstico en ese periodo evolutivo (60-62), y que la supervivencia de las pacientes es similar en casos de tratamiento de la mama ipsilateral o no (62-65). Sin embargo tres grandes estudios recientes sugieren lo contrario (7,15,66), destacando una diferencia significativa entre las pacientes derivadas a cirugía y las que no, respecto al porcentaje de recurrencia (81% frente al 36%) y respecto a la supervivencia global a 5 y 10 años, que fue significativamente mayor en el grupo de las tratadas quirúrgicamente (73% frente a 48%). Como consecuencia, la observación clínica de la mama, promovida inicialmente por Van Oijen en 1993 (66) sin tratamiento local definitivo no se contempla en la mayoría de las instituciones debido al alto porcentaje de recurrencia del tumor primario en la misma mama, más del 50%, y los efectos negativos en las cifras de supervivencia de estas paciente (1,3).

La elección de radioterapia de toda la mama como tratamiento conservador y alternativa a la mastectomía clásica parece que no estaba del todo clara, porque no existen estudios randomizados comparativos de las dos modalidades y los resultados disponibles provienen de series pequeñas retrospectivas. Algunos grupos no encuentran diferencias significativas entre la mastectomía y la radioterapia en relación con la recurrencia local, la aparición de metástasis y la supervivencia a 5 años (7, 61,62,67-69). Sin embargo, en un reciente estudio publicado con 53 casos de cáncer oculto de mama se observó una tendencia menor a la recurrencia local en la mama ipsilateral en el grupo de radioterapia frente al de mastectomía (28% frente al 54%) y un aumento significativo de la supervivencia en las pacientes sometidas a radioterapia (72% frente a 58%) (70-71). La radioterapia añade, a los efectos positivos de menor porcentaje de recurrencia local y mejores indicadores de supervivencia libre de recurrencia y supervivencia cáncer de mama específica, el efecto estético de la conservación de la mama, y se postula como una alternativa válida al tratamiento quirúrgico clásico y para muchos grupos como el tratamiento de elección en estos casos (2,70-74).

Como consecuencia de lo descrito con anterioridad, la mastectomía, recomendada por primera vez por Cameron en 1909 (3), como tratamiento clásico del cáncer de mama oculto está desaconsejada. Los datos publicados sobre los porcentajes de detección tumoral en las piezas anatómicas varían desde el 8% al 73%, aunque estos datos son difíciles de valorar debido a múltiples factores como son, las diferentes técnicas de sección empleadas, la heterogeneidad entre los grupos y las mejoras de las técnicas de imagen surgidas en estos últimos años. La realización a ciegas de esta cirugía está cada vez más en desuso debido a que se estima en general que, en el 30% de las piezas quirúrgicas no se evidencia tumor (2,4,59,74-76).

La realización de una cirugía conservadora a nivel del cuadrante súpero-externo de la mama, localización más frecuente de los tumores primarios, en asociación con radioterapia y quimioterapia, es posible que incremente las tasas de control local al igual que sucede en los casos de cáncer no oculto (77).

El primer paso en la estrategia terapéutica de toda paciente con sospecha de cáncer oculto de mama debe ser la realización de una linfadenectomía axilar completa, para conseguir una correcta evaluación pronóstica del caso, mediante la evaluación-estadificación del número de ganglios afectados y la determinación de los receptores hormonales, y el control local de la enfermedad a nivel de la axila (1,3,4,78). Casi en el 50% de las pacientes se encuentra afectación de cuatro o más ganglios axilares (1,63,64). La radioterapia complementaria de la mama ipsilateral se establece actualmente como una alternativa igual o superior a la actitud clásica de mastectomía y linfadenectomía axilar (1-4) y en el caso de que se optara por la cirugía conservadora se debe complementar con

radioterapia axilar a nivel del vértice, la fosa supraclavicular y la cadena mamaria interna (3).

La importancia del abordaje axilar radica en que el estado ganglionar es el mejor indicador pronóstico en el caso de cáncer de mama clásico (Figura 3). Igualmente, numerosos estudios demuestran que la afectación ganglionar en casos de cáncer oculto de mama es necesaria para valorar su pronóstico en cuanto al número de ganglios afectados (peor si afectación de cuatro o más) y a la expresión o no de receptores (2,79,80).

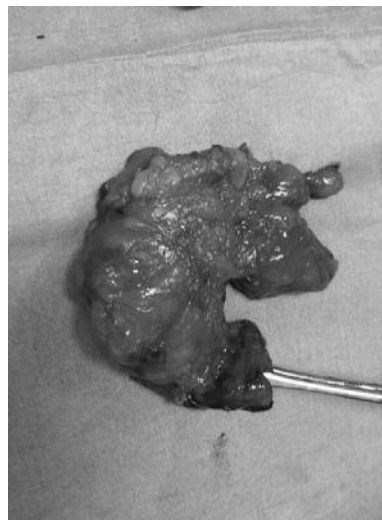


Figura 3. Pieza quirúrgica de adenopatía axilar metastásica

Los beneficios de la terapia adyuvante sistémica no han sido sistemáticamente estudiados en casos de cáncer oculto de mama, aunque se han publicado datos retrospectivos en los que se sugiere añadir tratamiento hormonal y/o quimioterapia, y tratamientos anti-HER2 a las pacientes en función de la edad, el número de ganglios afectados, y la positividad para los receptores hormonales y para el HER2 (2,32,61,80,81).

Las paciente con cáncer oculto de mama y metástasis axilar deben ser catalogadas en los estadios IIA (T0N1) y IIIA (T0N2). La quimioterapia adyuvante se debe ofertar de la misma forma que en casos de cáncer de mama primario identificado y la neoadyuvancia quimioterápica se empleará según el procedimiento utilizado en casos de adenopatías N2 para reducir el volumen tumoral previo al vaciamiento axilar (82). Se han descrito en la literatura casos de cáncer de mama oculto que se manifiestan clínicamente por adenopatías infraclaviculares o supraclaviculares, anteriormente catalogada como M1, y que en la última clasificación TNM se consideran N3a y N3c respectivamente (estadio IIIC), en los que no se contempla su exéresis como tratamiento quirúrgico y por tanto el vaciamiento axilar tampoco aporta ningún factor pronóstico que modifique la actitud terapéutica. En estos casos se administra quimioterapia neoadyuvante y radioterapia de campos mamarios, axilar y supraclavicular del lado afecto y hormonoterapia en función del estado de los receptores (4,83).

SUPERVIVENCIA

Las tasas de supervivencia a 5 años después del tratamiento del cáncer oculto de mama varía entre el 59% y el 93%, con una media del 75%. Algunos autores han sugerido que el pronóstico de estas pacientes es ligeramente superior al presentado en casos de estadio II del cáncer de mama palpable, con unas cifras a los 10 años entre el 50% y el 71%. Sin embargo existe cierta controversia debido a la gran diversidad de los tratamientos adyuvantes empleados en los estudios y el limitado tiempo de seguimiento de las pacientes. En el año 2011, se publicaron las estadísticas de la American Cancer Society, en relación a los casos de cáncer de mama diagnosticados entre 1999-2006, y la supervivencia a los 5 años de los casos con tumor primario y afectación axilar fue del 84% (5,7,15,46,57,61,64,69,84-86).

Estos resultados son equiparables a los obtenidos en pacientes con cáncer de mama oculto. Por tanto, y según los datos presentados por el Instituto Europeo de Oncología, la supervivencia en el carcinoma oculto de mama con manifestación clínica axilar es la misma que la de las pacientes con tumores primarios en estadios iniciales y subtipo histológico similar. Se establecen supervivencias globales y libres de enfermedad similares entre ambos grupos 66% y 68% respectivamente, aunque señalan un peor pronóstico para los carcinomas ocultos triple negativo o con gran afectación ganglionar, con mayor riesgo de recaída y muerte (80). La afectación ganglionar axilar de 4 o más ganglios presenta un gran impacto negativo respecto a la supervivencia, con significación estadística. Se han descrito supervivencias a 5 años del 91% en casos de afectación ganglionar menor de 4, que pasan al 65% en casos de afectación mayor (2,71).

Tabla 1. Clasificación TNM Cáncer de Mama

Clasificación clínica inicial.

T : tumor primario.

Tx. El tumor primario no puede ser valorado

- T0. No se evidencia tumor a la exploración física.
 - o Tis .Carcinoma in situ.
 - o Tis (CDIS). Carcinoma ductal in situ
 - o Tis (CLIS). Carcinoma lobulillar in situ
 - o is (Paget). Enfermedad de Paget del pezón sin tumor
- T1 . Tumor de 2 cm o menor :
 - o T1mic. Microinvasión de 0,1 cm. o menos en su diámetro mayor. Cuando hay varios focos de Microinvasión, se clasifica según el de mayor tamaño.
 - o T1a . Mayor de 0,1 hasta 0,5 cm.
 - o T1b . De más de 0,5 hasta 1 cm.
 - o T1c . De más de 1 cm, hasta 2 cm.
- T2 . Tumor de más de 2 cm, hasta 5 cm.
- T3 . Tumor de más de 5 cm.
- T4 . Tumor de cualquier tamaño con afectación de pared torácica o de piel

La afectación de la pared torácica incluye afectación de las costillas, los músculos intercostales y serrato mayor, pero no la afectación de los músculos pectorales

- o T4a . Afectación de pared torácica
- o T4b . Edema (piel de naranja) o ulceración de piel de la mama o nódulos satélites cutáneos (letáldes) en la misma mama
- o T4c . T4a + T4b
- o T4d . Carcinoma inflamatorio.

Induración cutánea difusa con borde erisipeloide y sin tumor palpable generalmente. Si no es medible, se clasificará como Tx. Categorías T1, T2 y T3 pueden coexistir con lesiones cutáneas, pero no las descritas en el carcinoma inflamatorio sin que ello afecte a la clasificación

N : Ganglios linfáticos regionales

- Nx . La afectación ganglionar no puede ser valorada
- N0 . No se palpan adenopatías axilares
- N1 . Adenopatías axilares móviles homolaterales
- N2 .Adenopatías axilares fijas homolaterales o de la mamaria interna homolateral*
 - o N2a. Adenopatías axilares fijas unas a otras o a otras estructuras
 - o N2b. Adenopatías en la mamaria interna* homolateral en ausencia de adenopatías axilares palpables.
- N3 .
 - o N3a. Adenopatías infraclaviculares con o sin ganglios axilares
 - o N3b. Adenopatías axilares y de la mamaria interna*
 - o N3c. Adenopatías supraclaviculares homolaterales con o sin ganglios axilares o de la mamaria interna*.

Nota sobre ganglios de la cadena de la mamaria interna :

* clínicamente aparentes: adenopatías detectadas por exploración clínica o por métodos de diagnóstico por la imagen (excepto linfoscintigrafía)

M : Metástasis a distancia

- Mx . No puede valorarse la presencia de metástasis
- M0 . Ausencia de metástasis
- M1 . Metástasis a distancia.

Tabla 1. Clasificación TNM Cáncer de Mama

Clasificación histopatológica postoperatoria

Las categorías pT se corresponden a las T del tumor clínico. Los tumores microinvasivos con componente in situ extenso, se clasificarán como T1a. Se precisa que los márgenes alrededor del tumor sean mínimos.

pN: Ganglios linfáticos regionales

Para su catalogación requiere al menos la exéresis del nivel I axilar de Berg y como mínimo el estudio de 6 ganglios.

Cuando la clasificación se base solamente en el estudio del ganglio/s centinela, sin disección axilar, se indicará con (sn).

- pNx . No puede valorarse. No ha sido extirpada, o lo ha sido con anterioridad
- pN0 . No hay afectación ganglionar metastásica. En los casos en que existan grupos aislados de células atípicas (ITC), en zonas no superiores a 0,2 mm, se clasificarán como pN0, aunque serán analizados separadamente
- pN1mi. Micrometástasis. (más de 0,2 mm , pero menos de 2 mm,).
- pN1.
 - o pN1a. Metástasis en 1-3 ganglios axilares, al menos uno de más de 2 mm.
 - o pN1b. Micrometástasis en mamaria interna+ por disección de ganglio centinela
 - o pN1c. pN1a + pN1b
- pN2.
 - o pN2a. Metástasis en 4-9 ganglios axilares, al menos uno de más de 2 mm.
 - o pN2b. Metástasis en ganglios de la mamaria interna++, sin metástasis axilares
- pN3.
 - o pN3a. Metástasis en 10 o más ganglios axilares como mínimo de 2 mm o metástasis en ganglios infraclaviculares.
 - o pN3b. Metástasis en mamaria interna++ con metástasis axilar; o metástasis en más de 3 ganglios axilares con micrometástasis de la mamaria interna+ detectadas mediante la disección de ganglio centinela

Nota sobre ganglios de la cadena de la mamaria interna :

+ : clínicamente no aparentes: adenopatías no detectadas por exploración clínica o por métodos de diagnóstico por la imagen (excepto linfoscintigrafía)

++ : clínicamente aparentes: adenopatías detectadas por exploración clínica o por métodos de diagnóstico por la imagen (excepto linfoscintigrafía) o macroscópicamente visibles.

Ganglio Centinela

El ganglio centinela es el primer ganglio que recibe el drenaje linfático del tumor primario.

- pNX (sn). No ha sido valorado
- pN0 (sn). No hay afectación metastásica
- pN1 (sn). Metástasis

Células tumorales aisladas (ITC):

Grupos aislados de células atípicas en zona no superior a los 0.2 mm. Son diagnosticadas habitualmente por inmunohistoquímica o métodos moleculares (PCR), pero deben ser valoradas por tinción con hematoxilina y eosina. Estos casos deben valorarse separadamente.

- pN0 . No metástasis, no ITC
- pN0(i-) No metástasis histológica, inmunohistoquímica negativa
- pN0(i+) No metástasis histológica, inmunohistoquímica positiva
- pN0(mol-) No metástasis histológica, métodos moleculares negativos
- pN0(mol+) No metástasis histológica, métodos moleculares positivos

Cuando el diagnóstico de células tumorales aisladas se realiza en el ganglio centinela, a esta clasificación se añadirá (sn).

Ejemplo: pN0(i-)(mol+)(sn)

pM : Metástasis a distancia.

Se corresponden con las consideradas en la clasificación clínica.

Los casos con grupos de células atípicas aisladas serán clasificados separadamente

Clasificación R

La ausencia o presencia de tumor residual tras el tratamiento se puede describir con el símbolo R.

Tratamiento neoadyuvante

En los casos en que se haya realizado un tratamiento previo sistémico o radioterápico a la cirugía, en la clasificación histopatológica se indicará con el prefijo "y"

- RX : No puede valorarse la presencia de tumor residual
- R0 : Ausencia de tumor residual
- R1 : tumor residual microscópico
- R2 : Tumor residual macroscópico

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1*	N0	M0
Estadio II A	T0	N1	M0
	T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
Estadio II B	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Estadio III A	T0	N2	M0
	T1*	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Estadio III B	T4	N0, N1, N2	M0
Estadio III C	Cualquier T	N3	M0
Estadio IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

TABLA 2.- Clasificación por Estadios. Cáncer de Mama

Dependiendo de la valoración histopatológica del TNM, se pueden clasificar las lesiones mamarias malignas por estadios.

Estadios en el cáncer de mama. Según clasificación TNM

T1* : incluye T1mic

TABLA III.- Marcadores con posible expresión en carcinoma de mama oculto (1)

- Antígeno Carcinoembrionario (CEA)
- Citoqueratina 7, 19 y 20
- Estrógeno receptor (ER) and progesterona receptor (PR) [17]
- Gross cystic disease fluid protein-15 (GCDFP) (BRST2)
- Mammaglobina
- Factor de transcripción tiroideo (TTF-1)
- CA125
- CA 15.3
- HER2
- Receptor del factor de Crecimiento Epidérmico

BIBLIOGRAFÍA

- UpToDate. Axillary node metastases with occult primary breast cancer. Literature review current through: Feb 2013.
- M He, LC Tang, KD Yu, et al. Treatment outcomes and unfavorable prognostic factors in patient with occult breast cancer. *EJSO* 38(2012):1022-1028.
- Luna MA, Sánchez Méndez S, Mariscal A, et al. Cáncer oculto de mama. Caso clínico y revisión de la literatura. *Clin Invest Gin Obst* 2012;39(1):21-28.
- Arnal A, Moreno A, González I, Martín E, Asensio E, Vázquez F. Manifestación clínica atípica de un cáncer oculto de mama. *Rev Sen Patol Mamar* 2013;26:33-37.
- Van Ooijen B, Bontenbal M, Henzen-Logmans SC, Koper PC. Axillary node metastases from an occult primary consistent with breast carcinoma. *Br J Surg* 1993;80:1299-1300.
- Halsted W. The results of radical operations for the cure of the carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1907 Jul;46:1-19.
- Foroudi F, Tiver KW. Occult breast carcinoma presenting as axillary metastases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;47:143.
- Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Lenzi R, Hess KR, Raber MN. Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumors of unknown origin. *J Clin Oncol* 1995;13:2094-103.
- Galimberti V, Bassani G, Monti S, et al. Clinical experience with axillary presentation breast cancer. *Breast cancer Res Treat* 2004;88:43-47.
- Zeichner GI, Mohar BA, Ramirez UT. Epidemiología del cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología (1989-1990). *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 1993;39:1825-1830.
- Recomendaciones del Consejo de 2 de Diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer (2003/878/CE)
- European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. 2004.
- Walsh R, Kornguth PJ, Soo MS, et al. Axillary lymph nodes:mammographic, pathologic and clinical correlation. *Am J Roentgenol* 1997;168:33.
- Gupta RK, Naran S, Lallu S, Fauck R. Diagnostic value of needle aspiration cytology in the assessment of palpable axillary lymph nodes. A study of 336 cases. *Acta Cytol* 2003; 47:550.
- Blanchard DK, Farley DR. Retrospective study of women presenting with axillary metastases from occult breast carcinoma. *World J Surg* 2004; 28:535.
- Namba N, Hiraki A, Tabata M, et al. Axillary metastasis as the first manifestation of occult breast cancer in a man: a case report. *Anticancer Res* 2002; 22:3611.
- Gu GL, Wang SL, Wei XM, et al. Axillary metastasis as the first manifestation of male breast cancer: a case report. *Cases J* 2008 Oct 30;1:285.
- Cisneros-Reig I, Laguna M, Alcalde M, et al. Bilateral occult breast carcinoma: a second primary tumor or contralateral tumor metastases?. *Eur J Surg* 2001;167:312-315.
- Sanuki J, Uchida Y, Uematsu T, Yamada Y, Kasami M. Axillary mass suspected to be occult breast carcinoma: a case study of skipped axillary lymph node metastases from endometrial carcinoma in which core-needle biopsy was useful for diagnosis. *Breast Cancer* 2009;16:72-76.
- Terol MJ. Manejo clínico y diagnóstico diferencial de la adenopatía única o múltiple. *Medicine* 1997;7:2843-2845.
- Tecn DW, Page DI. The unknown primary presenting with axillary lymphadenopathy. En : Bland KL, Copeland EM editors. *The Breast: Comprehensive management of benign and malignant diseases*. 2^o ed Philadelphia:WB. Saunders;1998. p.1447-1452.
- Abe H, Naitoh H, Umeda T, Shiomi H, Tani T, Kodama M, et al. Occult breast cancer presenting axillary nodal metastasis: a case report. *JPN J Clin Oncol* 2000;30:185-187.
- Wang Z, Spaulding B, Sienko A, Liang Y, Li H, Nielsen G, et al. Mamaglobin, a valuable diagnostic marker for metastatic breast carcinoma. *Int J Clin Exp Pathol* 2009;2:384-389.
- Lacroix M. Significance, detection and markers of disseminated breast cancer cells. *Endoc Relat cancer* 2006;13:1033-1067.
- Bhatia SK, Saclarides TJ, Witt TR, et al. Hormone receptor studies in axillary metastases from occult breast cancers. *Cancer* 1987; 59:1170.
- Dabbs DJ. Immunohistology of metastatic carcinoma of unknown primary. In: *Diagnostic Immunohistochemistry*, 2nd, Dabbs DJ (Ed), Churchill Livingstone/Elsevier, 2006.
- Han JH, Kang Y, Shin HC, et al. Mamaglobin expression in lymph nodes is an important marker of metastatic breast carcinoma. *Arch Pathol Lab Med* 2003; 127:1330.
- Leygue E, Snell L, Dotzlaw H, et al. Mamaglobin, a potential marker of breast cancer nodal metastasis. *J Pathol* 1999; 189:28.
- Watson MA, Dintzis S, Darrow CM, et al. Mamaglobin expression in primary, metastatic, and occult breast cancer. *Cancer Res* 1999; 59:3028.
- Sasaki E, Tsunoda N, Hatanaka Y, et al. Breast-specific expression of MGB1/mamaglobin: an examination of 480 tumors from various organs and clinicopathological analysis of MGB1-positive breast cancers. *Mod Pathol* 2007; 20:208.
- O'Connell FP, Wang HH, Odze RD. Utility of immunohistochemistry in distinguishing primary adenocarcinomas from metastatic breast carcinomas in the gastrointestinal tract. *Arch Pathol Lab Med* 2005; 129:338.
- Occult Primary (Cancer of Unknown Primary (CUP)). National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology. Available at: www.nccn.org. Versión 1.2013.
- Leibman AJ, Kossoff MB. Mammography in women with axillary lymphadenopathy and normal breasts on physical examination: value in detecting occult breast carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 159:493.
- Scoggins CR, Vitoria JV, Sandler MP, Atkinson JB, Frexes.Steed M. Occult breast carcinoma presenting as axillary mass. *AmSurg* 1999;65:1-5.
- Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH. Occult cancer in women with dense breasts: detection with screening US--diagnostic yield and tumor characteristics. *Radiology* 1998; 207:191.
- Jackson VP. What is the role of sonographic breast imaging for detecting occult cancer in a patient with a strong family history of breast cancer and mammographically dense breasts without obvious masses?. *Am J Roentgenol* 1995;165:1004.
- Olson JA Jr, Morris EA, Van Zee KJ, et al. Magnetic resonance imaging facilitates breast conservation for occult breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2000; 7:411.
- Chen C, Orel SG, Harris E, et al. Outcome after treatment of patients with mammographically occult, magnetic resonance imaging-detected breast cancer presenting with axillary lymphadenopathy. *Clin Breast Cancer* 2004; 5:72.

39. Obdeijn IM, Brouwers-Kuyper EM, Tilanus-Linthorst MM, et al. MR imaging-guided sonography followed by fine-needle aspiration cytology in occult carcinoma of the breast. *AJR Am J Roentgenol* 2000; 174:1079.
40. Buchanan CL, Morris EA, Dorn PL, et al. Utility of breast magnetic resonance imaging in patients with occult primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005; 12:1045.
41. Schorn C, Fischer U, Luftner-Nagel S, et al. MRI of the breast in patients with metastatic disease of unknown primary. *Eur Radiol* 1999; 9:470.
42. Henry-Tillman RS, Harms SE, Westbrook KC, et al. Role of breast magnetic resonance imaging in determining breast as a source of unknown metastatic lymphadenopathy. *Am J Surg* 1999; 178:496.
43. Tilanus-Linthorst MM, Obdeijn AI, Bontenbal M, Oudkerk M. MRI in patients with axillary metastases of occult breast carcinoma. *Breast Cancer Res Treat* 1997; 44:179.
44. Brenner RJ, Rothman BJ. Detection of primary breast cancer in women with known adenocarcinoma metastatic to the axilla: use of MRI after negative clinical and mammographic examination. *J Magn Reson Imaging* 1997; 7:1153.
45. Morris EA, Schwartz LH, Dershaw DD, et al. MR imaging of the breast in patients with occult primary breast carcinoma. *Radiology* 1997; 205:437.
46. Fourquet A, Meunier, et al. Occult primary cancer with axillary metastases. In: *Diseases of the Breast*, 3rd edition, Harris, JR, Lippman, ME, Morrow, M, Osborne, CK (Eds), Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2004. p.1047.
47. Olson Jr JA, Morris EA, Van Zee KJ, Linehan DC, Borgen PL. Magnetic resonance imaging. Facilitates breast conservation for occult breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2000;7:411-415.
48. Schorn C, Fischer U, Luftner-Nagel S, Westerhof JP, Grabbe E. MRI of the breast in patients with metastatic disease of unknown primary. *Eur Radiol* 1999;9:470-3.
49. Morris EA, Schwartz LH, Dershaw DD, van Zee KJ, Abramson AF, Liberman L. MR imaging of the breast in patients with occult primary breast carcinoma. *Radiology* 1997;205:437-40.
50. Orel SG, Weinstein SP, Schnall MD, et al. Breast MR imaging in patients with axillary node metastases and unknown primary malignancy. *Radiology* 1999;212:543-9.
51. Buchanan CL, Morris EA, Dorn PL, Borgen PI, Van Zee KJ. Utility of breast magnetic resonance imaging in patients with occult primary breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2005;12:1045-53.
52. Lieberman S, Sella T, Maly B, Sosna J, Uziely B, Sklair-Levy M. Breast magnetic resonance imaging characteristics in women with occult primary breast carcinoma. *Isr Med Assoc J*. 2008;10:448-52.
53. Nieweg OE, Wong W, Singletary SE, Hortobagay GN, Kimm EE. Positron emission tomography with fluorine-18-deoxyglucose in the detection and staging of breast cancer. *Cancer*. 1993;71:3920-5.
54. Ruiz G, Jiménez A, Pérez MJ, Montz R, González M, Carreras JL. PET-FDG en cáncer oculto de mama. *Cir Esp*. 2001;70: 105-7.
55. Avril N, Rose C, Schelling M, Dose J, Kuhn W, Bense S, et al. Breast imaging with positron emission tomography and fluorine- 18 fluorodesoxiglucose: use and limitations. *J Clin Oncol*. 2000;18:3495-502.
56. Rosen PP, Kimmel M. Occult breast carcinoma presenting with axillary node metastasis: a follow up of 48 patients. *Hum Pat- hol*. 1990;21:518.
57. Merson M, Andreola S, Galimberti V, Bufalino R, Marchini S, Veronesi U. Breast carcinoma presenting as axillary met- yastases without evidence of a primary tumor. *Cancer*. 1992;70:504-8.
58. Fortunato L, Sorrento JJ, Golub RA, Canu R. Occult breast cancer. *N Y State J Med* 1992;92:555 -7.
59. Wang X, Zhao Y, Cao X. Clinical benefits of mastectomy on treatment of occult breast carcinoma presenting axillary metastases. *Breast J* 2010.;16:32-7.
60. Kemeny MM, Rivera DE, Terz JJ, Benfield JR. Occult primary adenocarcinoma with axillary metastases. *Am J Surg* 1986; 152:43.
61. Ellerbroek N, Holmes F, Singletary E, et al. Treatment of patients with isolated axillary nodal metastases from an occult primary carcinoma consistent with breast origin. *Cancer* 1990; 66:1461.
62. Vlastos G, Jean ME, Mirza AN, et al. Feasibility of breast preservation in the treatment of occult primary carcinoma presenting with axillary metastases. *Ann Surg Oncol* 2001; 8:425.
63. Merson M, Andreola S, Galimberti V, et al. Breast carcinoma presenting as axillary metastases without evidence of a primary tumor. *Cancer* 1992; 70:504.
64. Rosen PP, Kimmel M. Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases: a follow-up study of 48 patients. *Hum Pathol* 1990; 21:518.
65. Ffeuerman L Attie JN, Rosenberg B. Carcinoma in axillary lymph nodes as an indicator of breast cancer. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 114:5.
66. Walker GV, Smith GL, Perkins GH, et al. Population-based analysis of occult primary breast cancer with axillary lymph node metastasis. *Cancer* 2010; 116:4000.
67. Vilcoq JR, Calle R, Ferme F, Veith F. Conservative treatment of axillary adenopathy due to probable subclinical breast cancer. *Arch Surg* 1982; 117:1136.
68. Medina-Franco H, Urist MM. Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases. *Rev Invest Clin* 2002; 54:204.
69. Campana F, Fourquet A, Ashby MA, et al. Presentation of axillary lymphadenopathy without detectable breast primary (T0 N1b breast cancer): experience at Institut Curie. *Radiother Oncol* 1989; 15:321.
70. Varadarajan R, Edge SB, Yu J, et al. Prognosis of occult breast carcinoma presenting as isolated axillary nodal metastasis. *Oncology* 2006; 71:456.
71. Masinghe SP, Faluyi OO, Kerr GR, Kunkler IH. Breast radiotherapy for occult breast cancer with axillary nodal metastases--does it reduce the local recurrence rate and increase overall survival? *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2011; 23:95.
72. Vilcoq JR, Calle R, Ferme F, Veith F. Conservative treatment of axillary adenopathy due to probable subclinical breast cancer. *Arch Surg*. 1982;117:1136-8.
73. Whillis D, Brown PW, Rodger A. Adenocarcinoma from an unk- nown primary presenting in women with an axillary mass. *Clin Oncol RCR*. 1990;2:189-92.
74. Barton SR, Smith IE, Kirby AM, Ashley S, Walsh G, Parton M. The role of ipsilateral radiotherapy in management of occult primary breast cancer presenting as axillary lymphadenopathy, *Eur J Cancer* 2011;47:2099-106.
75. Jackson B, Scott-conner C, Moulder J. Axillary metastases from occult breast carcinoma: diagnosis and management. *Am Surg*. 1995;61:431-4.

76. Blanchard DK, Farley DR. Retrospective study of women presenting with axillary metastases from occult breast carcinoma. *World J Surg* 2004;28:535–9.
77. Millet A, Canet MA, Vázquez C. Carcinoma oculto de mama asociado a adenopatía axilar. *Prog Obstet Ginecol*. 2001;44:276–80.
78. Lee CK, Schwartz JR, Iglesias GR, Vélez FR, Gómez SL. Cáncer de mama oculto: dos casos clínicos analizados según el concepto actual. *Rev Med Chil* 2006;134:1166–211.
79. Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ. Progress and promise: highlights of the international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2007. *Ann Oncol* 2007;18:1133–44.
80. Montagna E, Bagnardi V, Rotmensz N, et al. Immunohistochemically defined subtypes and outcome in occult breast carcinoma with axillary presentation. *Breast Cancer Res Treat* 2011;129:867–75.
81. Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD, et al. Meeting highlights: international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2005. *Ann Oncol* 2005; 16:1569.
82. Singletary SE, Robb GL, Hortobagyi GN. Advanced therapy of breast disease. *PMPH-USA*. 2004:662.
83. Jagsi R. Breast cancer in the supraclavicular region: is the horse out of the barn?. *Breast Cancer Res Treat* 2011;125:823–5.
84. Baron PL, Moore MP, Kinne DW, et al. Occult breast cancer presenting with axillary metastases. Updated management. *Arch Surg* 1990; 125:210.
85. Matsuoka K, Ohsumi S, Takashima S, et al. Occult breast carcinoma presenting with axillary lymph node metastases: follow-up of eleven patients. *Breast Cancer* 2003; 10:330.
86. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin* 2011; 61:212.

Artículo Original

Maduración e inducción del parto mediante balón de Cook en gestantes con cesárea previa

Ripening and induction of labour by Cook's balloon in pregnant women with previous cesarean section

Berzosa J., De la Cruz A., Skaff A.

Hospital Universitario de Burgos (Burgos)

RESUMEN

Objetivo: El objetivo del presente estudio es conocer la eficacia y seguridad del balón de Cook en la inducción del parto en mujeres con cesárea previa.

Método: Estudio prospectivo llevado a cabo en 58 gestantes que, con cesárea previa, precisaban inducción de parto por indicaciones médicas.

Resultados: La diferencia entre el test de Bishop previo a la colocación del balón y el posterior a su retirada fue de 3,11 ($p<0,001$), excluidas 20 gestantes (34,4 %) que presentaban más de 3 cm de dilatación. El test de Bishop final fue ≥ 5 en el 53,4 %. En estos casos el parto se inició de forma espontánea ($p<0,001$), hubo una menor utilización de oxitocina ($p<0,05$) y una mayor frecuencia de parto vaginal ($p<0,05$) con respecto a aquellas con Bishop <5 . En el 43,1 % el parto acabó en cesárea. No se registraron complicaciones maternas ni neonatales. Dos gestantes demandaron analgésicos por dolor y en una de ellas fue necesario retirarlo por intolerancia.

Conclusiones: El balón de Cook es un excelente método de preinducción oxitócica pues disminuye la utilización de ésta y dada su probada tolerancia, comodidad y seguridad representa una alternativa eficaz a otros métodos de maduración cervical.

PALABRAS CLAVE

Maduración, Inducción, Balón de Cook, Cesárea previa

ABSTRACT

Objective: The aim of the present study is to know the efficiency and safety of Cook's balloon in the induction of labor in women with previous caesarean section.

Method: Prospective study carried out in 58 pregnant women with previous caesarean section, induction of labour needed by medical indications.

Results: The difference between the test of Bishop before to placement of the balloon and the later one to his retirement was 3.11 ($p<0.001$), excluding 20 pregnant (34.4 %) presenting more than 3 cm of dilation. The test of final Bishop was ≥ 5 in the 53.4 %. In these cases the childbirth began spontaneously ($p<0.001$), there was a lower use of oxytocin ($p<0.05$) and a greater frequency of vaginal birth ($p<0.05$) regarding those with Bishop <5 . In 43.1 % delivery finished at caesarean. There were no maternal or neonatal complications. Two pregnant women sued analgesics for pain and in one of them it was necessary to remove it by intolerance.

Conclusions: Cook's balloon is an excellent method of oxytocic preinduction because it reduces the use of this and given his proven grace, comfort and safety represents an effective alternative to other methods of cervical ripening.

KEYWORDS

Maturation, Induction, Cook's balloon, Previous caesarean section

INTRODUCCION

El embarazo poscesárea es cada vez más frecuente en la práctica obstétrica. Hay una preocupación por el manejo obstétrico de estos casos, especialmente cuando por causas médicas se hace necesario poner fin a la gestación, ya que no todos los embarazos requieren repetir cesárea. Pero la inducción del parto en gestantes con cesárea anterior se mantiene hoy como un tema controvertido. Según la SEGO (1) es un procedimiento válido siempre que exista una indicación clara. No existe empero un criterio unánime en cuanto a la forma de inducción. Los procedimientos mecánicos para la maduración de un cérvix desfavorable se están configurando como una alternativa eficaz frente a los procedimientos farmacológicos.

Ya en 196, Embrey y Mollison (2) demostraron que el uso extra-amniótico del catéter de Foley tenía las ventajas de la simplicidad, bajo costo, reversibilidad y menos efectos secundarios comparado con la utilización de métodos farmacológicos en la maduración del cérvix. Otros procedimientos mecánicos como el doble balón tienen las ventajas sobre aquel en que proporcionan una dilatación gradual del cérvix a través de

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jesús Berzosa González

c/ Azorín, 5, 5º B

09005, Burgos

E-mail: jesusberzosagonzalez@gmail.com

la presión ejercida por los balones en los dos orificios cervicales, evitan la necesidad de tracción, circunstancia que genera malestar en la gestante y proporcionan la liberación de prostaglandina endógena. Sin embargo, la experiencia en la utilización del doble balón o sonda de Cook con cesárea previa es aún reducida.

El objetivo del presente estudio es conocer la eficacia y seguridad del balón de Cook en la inducción con cesárea previa en un intento por alcanzar la mayor tasa posible de partos vaginales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Han sido objeto de estudio aquellas gestantes ingresadas en nuestro hospital entre el 15 de abril de 2011 y el 31 de diciembre de 2012 por necesitar inducción de parto y que en sus antecedentes obstétricos figuraba la existencia de una cesárea anterior sin partos vaginales previos o posteriores a la misma. Fueron incluidas en el estudio las que presentaban gestación única, presentación cefálica, bolsa amniótica íntegra y test de Bishop < 4 o dilatación inferior a 2 cms. Se excluyeron las metrorragias del tercer trimestre, el registro sospechoso de pérdida de bienestar fetal o la cesárea clásica.

A todas aquellas que cumplían los criterios de inclusión se les explicó el procedimiento a seguir y, previo consentimiento para el intento de parto vaginal, se procedió a la exploración y valoración del test de Bishop previa a la colocación del balón de Cook. Éste se introdujo a través del orificio cervical externo y se procedió al llenado del balón intrauterino inicialmente con 20 ml de suero fisiológico y se completó posteriormente hasta alcanzar los 70 ml. El balón vaginal fue llenado con 20 ml y después hasta 70 ml.

El dispositivo se mantuvo, cuando ello fue posible, durante 12 horas, extrayéndolo antes si la gestante se encontraba de parto o si se producía rotura espontánea de la bolsa de las aguas. Dos horas después de retirado el dispositivo se evaluó de nuevo el test de Bishop. Posteriormente se continuó la inducción mediante amniotomía y perfusión oxitócica. La monitorización fetal se llevó a cabo previa a la colocación del balón, dos horas después de la misma y posteriormente "en ventana" hasta el comienzo del parto o de la inducción en que se mantuvo de forma continua.

Se valoraron: edad materna, edad gestacional, motivo de la inducción, Bishop previo a la colocación del balón y tras la retirada de éste, modo de inicio del parto, tipo de parto, indicación en el caso de cesárea y eventuales complicaciones maternas (fiebre intraparto, $\geq 38^\circ$), corioamnionitis, diagnosticada por el examen anatomopatológico de la placenta, rotura uterina sintomática detectada por exploración y que necesitara de intervención quirúrgica y hemorragia posparto que precisara transfusión sanguínea.

En cuanto al resultado neonatal se tuvo en cuenta el sexo, el peso, el test de Apgar al minuto y a los cinco minutos, Ph arteria umbilical y el ingreso o no en UCI neonatal. Se valoró además el tiempo de permanencia del balón, la cantidad introducida de llenado y la demanda o no de analgésicos. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS (versión 17.0). La descripción de las variables continuas se realizó mediante la media y desviación estándar (Desv. Est.) y las variables categóricas mediante proporciones. El análisis de variables se realizó comparando medias mediante el test de Student y el de proporciones mediante el test de Chi-cuadrado. Se estableció la significación estadística en $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se colocó el balón en 58 gestantes con cesárea previa para la maduración cervical previa a la inducción oxitócica. No se registró ninguna expulsión espontánea del mismo. Dos (3,4 %) demandaron analgésicos por dolor. En uno de ellos hubo además necesidad de retirar anticipadamente el balón, lo que no fue obstáculo para un posterior parto

espontáneo. Solo en siete casos, (12,0 %) y ante el dolor provocado en el momento de su aplicación, no fue posible introducir los 70 ml proyectados para el balón vaginal oscilando, en este caso, las cantidades introducidas entre 20 y 40 ml.

En la tabla 1 puede verse las características clínicas de las gestantes y las indicaciones médicas que motivaron la inducción del parto.

TABLA 1.- Características clínicas

		N	%
Edad materna	> 35 años	24	41,4
	≤ 35 años	34	58,6
	Total	58	100,0
	Media (Desv. Est.)	34,2 (4,22)	
Edad gestacional	34 semanas	2	3,4
	37-40 semanas	11	19,0
	41 semanas	45	77,6
	Total	41	100,0
	Media (Desv. Est.)	40,2 (1,80)	
Indicación de la inducción	E. postérmino	34	58,7
	CIR	18	31,0
	Oligoamnios	3	5,1
	Preeclampsia	1	1,8
	Muerte fetal anteparto	2	3,4
	Total	58	100,0
Bishop inicial	Media (Desv. Est.)	1,00 (1,02)	

Al retirar el balón de Cook, 20 gestantes (34,4 %) presentaban más de 3 cm de dilatación. En el resto de gestantes la diferencia entre el Bishop previo y el Bishop tras la retirada del balón fue de 3,11, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Esta diferencia fue mayor cuando el parto tuvo lugar por vía vaginal (3,72) y menor cuando fue por cesárea (2,55). En ambos casos las diferencias fueron también estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (tabla 2).

Tabla 2.- Diferencias entre Test de Bishop final e inicial

	N	Media	Desv. Est.	p-valor
En partos vaginales	13	3,72	1,49	0,000***
En partos con cesárea	25	2,55	1,23	0,000***
En todos los casos	38	3,11	1,47	0,000***

* Excluidos 20 gestantes (34,4 %) que alcanzaron una dilatación > 3 cm.

*** $p < 0,001$

En más de la mitad de los casos (53,4 %), el test de Bishop al retirar el balón era igual superior a 5 o se encontraba con más de 3 cm de dilatación (tabla 3). En estos casos se observó una mayor frecuencia del inicio espontáneo del parto, menor utilización de oxitocina y mayor porcentaje de parto vaginal con respecto a aquellas gestantes con Bishop menor de 5, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas (tabla 4).

TABLA 3.- Test de Bishop final (N=41)

Test de Bishop ↓	Dilatación ≤ 3 cm		Dilatación > 3 cm		Total		
	N	%	N	%	N	%	
< 5	27	100,0	0	0,0	27	100,0	46,6
≥ 5	11	35,5	20	64,5	31	100,0	53,4

TABLA 4.- Bishop final y características del parto

		Bishop < 5		Bishop ≥ 5 y dilatación > 3 cm		Total		Test Chi-cuadrado	p-valor
		N	%	N	%	N	%		
Inicio de parto	Espontáneo	2	7,4	22	71,0	24	41,4	14,009	0,000***
	Inducido	25	92,6	9	29,0	34	58,6		
	Total	27	100,0	31	100,0	58	100,0		
		Bishop < 5		Bishop ≥ 5 y dilatación > 3 cm		Total		Test Chi-cuadrado	p-valor
		N	%	N	%	N	%		
Empleo de oxitocina	Sí	25	92,6	18	58,0	43	74,1	7,397	0,003***
	No	2	7,4	13	41,9	15	25,9		
	Total	27	100,0	31	100,0	58	100,0		
		Bishop < 5		Bishop ≥ 5 y dilatación > 3 cm		Total		Test Chi-cuadrado	p-valor
		N	%	N	%	N	%		
Tipo de parto	Vaginal	11	40,8	22	71,0	33	56,9	2,815	0,020*
	Cesárea	16	59,2	9	29,0	25	43,1		
	Total	27	100,0	31	100,0	58	100,0		

* p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

En la tabla 5 puede verse los datos relativos al parto. El porcentaje de cesáreas fue del 43,1 %, siendo la no progresión del parto la indicación más frecuente seguida del riesgo de pérdida de bienestar fetal. En dos gestantes (3,4 %) se practicó cesárea por fracaso de inducción.

No se observaron complicaciones maternas ni resultados neonatales adversos (tabla 6).

TABLA 5.- Parto

		N	%
Tipo de parto	Espontáneo	20	34,5
	Vaginal asistido	13	22,4
	Cesárea	25	43,1
	Total	58	100,0
Indicación de la cesárea	No progresión del parto	12	48,0
	Distrés fetal (RPBF)	8	32,0
	Sospecha desproporción C-P	2	8,0
	Fracaso de inducción	2	8,0
	Prolapso de cordón	1	4,0
	Total	25	100,0

TABLA 6.- Resultado neonatal

		N	%
Sexo	Hombre	33	56,9
	Mujer	25	43,1
	Total	58	100,0
Test de Apgar*	1' < 7	8	13,7
	5' < 7	3	5,1
pH	< 7,10	5	8,6
Peso	Media (Desv. Est.)	3.269 (596,2)	

* 2 fetos muertos anteparto

CONCLUSIONES

Es evidente que el inicio espontáneo del parto junto con la existencia de un parto vaginal previo son factores favorables para el parto vaginal en una gestante con cesárea previa. A menudo se observan, sin embargo, situaciones clínicas en las que sin otro antecedente obstétrico que un parto mediante cesárea es necesario desencadenar el parto por razones médicas cuando el cérvix se muestra desfavorable. En estos casos la maduración del mismo es el objetivo a conseguir para facilitar la inducción exitosa del parto. En este sentido puede afirmarse que el principal objetivo del balón de Cook se ha visto reflejado en nuestro estudio, toda vez que el 53,4 % de las mujeres a quienes se aplicó el balón de Cook presentaban un test de Bishop igual o superior a cinco o se encontraban con una dilatación superior a 3 cm en el momento de su retirada. Este hecho es importante puesto que algunos autores (3,4) han señalado que la maduración cervical mejora la tasa de partos vaginales. En nuestro estudio la mejora del test de Bishop (≥ 5) se asocia de forma estadísticamente significativa ($p < 0,001$) a mayor inicio espontáneo del parto y, consecuentemente, a una menor necesidad de utilización de oxitocina ($p < 0,05$) y a un mayor porcentaje de partos vaginales con diferencias igualmente significativas ($p < 0,05$).

En todo caso, la tasa de cesáreas (43,1 %) está en relación con la que se refleja en la literatura de habla inglesa y cuyos porcentajes oscilan entre el 30 y el 50 %.

Khotaba, (4) por su parte, ha encontrado un porcentaje de cesárea del 21,4 % en 37 gestantes con cesárea anterior si bien ha de tenerse en cuenta que, a diferencia de nuestro estudio, la paridad media era de $2,7 \pm 1,09$. Ya Johnson y colaboradores (5) habían demostrado que la inducción de parto en nulípara con cérvix desfavorable y Bishop bajo se asociaba a un mayor riesgo de cesárea. Pennell (6) en un estudio sobre inducción de parto en nulípara en el que comparaba la inducción con doble balón, balón sencillo y PGE2 había señalado tasas de cesáreas del 43 %, 36 % y 37 % respectivamente. La no progresión de parto fue la indicación más frecuente, tanto en las inducciones con balón simple como con el balón doble. En cambio en las inducciones con PGE2 la indicación más frecuente fue la pérdida de riesgo de bienestar fetal.

En nuestro estudio la indicación más frecuente de cesárea ha sido la no progresión de parto seguida, a distancia, del riesgo de pérdida de bienestar fetal. Shakti (7) por su parte y en estudio de inducciones a la 41 semana realizadas con PGE2 tras cesárea previa pone de manifiesto que la primera indicación de cesárea fue el distrés fetal (50 % de las indicaciones).

Por lo que respecta a la aplicación del balón, siguiendo las instrucciones técnicas de la misma, hemos introducido la misma cantidad de suero fisiológico (70 ml) en los dos balones sin llegar a los 80 permitidos. Dado que en un solo caso hubo necesidad de retirarlo antes de las 12 horas previstas puede afirmarse que la tolerancia de las gestantes al balón de Cook es buena.

Levy (8) en estudio comparado con la sonda de Foley ha puesto de manifiesto que la introducción de 80 ml con respecto a 30 ml se asocia a una mayor frecuencia de dilataciones iguales o superiores a 3 cm, mayor porcentaje de parto en nulíparas en las primeras 24 horas y menores requerimientos de oxitocina. Se discute, no obstante, si debe introducirse hasta 80 ml siempre que sea tolerado por la gestante. En la literatura se aprecia una extraordinaria variabilidad en cuanto al volumen introducido.

Desde el punto de vista de las eventuales complicaciones maternas y neonatales, y pese a que se ha señalado (9) un aumento de la morbilidad infecciosa cuando se utilizan agentes mecánicos, no hemos registrado ninguna. Añadir además, por lo que respecta a las complicaciones maternas, que en las cesáreas practicadas, (en nuestro servicio no se hace revisión sistemática del estado de la cicatriz uterina) no se encontró dehiscencia de la misma ni rotura uterina.

A la vista de lo publicado (6, 10, 11), todo hace indicar que el catéter de balón en su forma sencilla o doble presenta una eficacia similar a la PGE2 con una tasa de cesáreas semejante pero superando a ésta en tolerancia, comodidad y seguridad.

En definitiva, el balón de Cook a la vista de los resultados obtenidos en el presente estudio, es un excelente método de preinducción oxitócica ya que disminuye la utilización de ésta y dada su probada tolerancia, comodidad y seguridad se nos ofrece como una alternativa eficaz frente a otros procedimientos de maduración cervical como las prostaglandinas, especialmente en situaciones de compromiso materno-fetal y cuando aquellas están contraindicadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parto vaginal tras cesárea. Protocolo de la SEGO actualizado en 2.010. Disponible en HYPERLINK "<http://www.prosego.com>" www.prosego.com
2. Embrey MP, Mollison BG. The unfavourable cervix and induction of labor using a cervical balloon. *J Obstet Gynaecol Br Comnwlth* 1967; 74:44-5.
3. Alad J, Hallak M, Ben-David Y, Auslender R, Abramovici H. Ripening an dilatation of the unfavourable cervix for induction of labor by a double balloon device: experience with 250 cases. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104:29-32.
4. Khotaba S, Volfson M, Tarazova L, Odeh M, Barenboym R, Fait V, Ophir E, Oettinger M. Induction of labor in women with previous cesarean section using the double balloon device. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80:1041-1042.
5. Johnson DP, Davis NR, Bronwn AJ. Risk of cesarean delivery after induction a term in nulliparous women with an unfavorable cervix. *Am. J Obstet Gynecol* 2003; 188:1565-9.
6. Pennell CE, Henderson JJ, O'Neill MJ, Cleery S Mc, Dothery DA, Dickinson, JE. Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel. *BJOG* 2009; 116:1443-52.
7. Shakti, V, Behera RC; Sandhu GS, Anita Singh, Bandhu HC. Vaginal birth after caesaren delivery. *J Obstet Gynecol India.* 2006; 56, 4:320-3.
8. Levy, R, Kanengiser, B, Furman B, Ben Arie A, Bronwn D, Hagay ZJ. A randomiset trial comparing a 30 ml and 80 ml Foley catheter balloon for preinduction cervical ripening. *Am J. Obstet Ginecol* 2004; 191:1632-6.
9. Heinemann J; Guillen G; Sanchez-Ramos L; Andrew M; Kaunitz MD. Do mechanical methods of cervical ripening increase infectious morbidity ?. A systematic review. *Am J Obstete Gynecol* 2008; 177-188.
10. Jozwiak M, Rengerink KO, Benthem M, Van Beek E, Dijkstrhuis M GK, De Graaf IM, Van Huizen E, Oudjk MA, Papatsonis DNM, Perquin DAM, Porath M, Van der Post JAM, Rijnders RJP, Scheepers H, Spaanderman, MEA, Van Papus MG, lillen de Leeuw, JW, Mol BW, Bloemenkamp KWM, for the PROBAAT Study Group. Foley catheter versus vaginal protaglandin E2 gel for induction of labor at term (PROBAAT trial): an open-label, randomised controlled trial. *The lancet.* 2011;378:24-31
11. Vaknin Z, Kurzweil Y, Sherman D. Foley catheter balloon vs locally appllied protaglandins for cervical ripening and labor induction: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010.November; 418-29.

Caso Clínico

Hemangioma capilar polipoide de vulva

Vulvar polypoid capillary hemangioma

J. López-Olmos^I, P. Soriano^{II}

I Unidad de Ginecología (Dr. López-Olmos). Centro de Especialidades de Monteolivete, Valencia

II Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Dr. Peset, Valencia

RESUMEN

Presentamos un caso de hemangioma capilar polipoide de vulva, en labio mayor derecho, en una mujer de 59 años. Revisamos esta patología poco frecuente.

PALABRAS CLAVE

Hemangioma capilar polipoide, Vulva

ABSTRACT

We present a case of polypoid capillary hemangioma of vulva, in right major labia, in a woman of 59 years-old. We review this unusual pathology.

KEY WORDS

Polypoid capillary hemangioma, Vulva

INTRODUCCIÓN

Las anomalías vasculares se clasifican en tumores y malformaciones (1, 2). Los tumores, los más frecuentes son los hemangiomas, no están presentes al nacimiento, crecen por hiperplasia y luego involucionan. En cambio, las malformaciones están presentes al nacimiento, crecen por hipertrofia y no involucionan.

Esta es la clasificación de Mulliken y Glowacki de 1982. En 1996, la ISSVA (Internacional Society for the Study of Vascular Anomalies), Sociedad Internacional para el estudio de las anomalías vasculares, adopta esta clasificación, y los hemangiomas los divide en: superficiales (capilares o en fresa), profundos (cavernosos) y mixtos.

Ya en el siglo XIX, Virchow habló de angiomas. Y en el siglo XX, Weiss y Enzinger, hablaron de hemangiomas (2).

Los hemangiomas son tumores endoteliales, más frecuentes en la infancia, y 3-5 veces más frecuentes en niñas (1). Lesiones únicas, y en 20% múltiples. Más frecuentes en cabeza y cuello (80%), y en tronco y extremidades (20%). Pueden tener regresión, rápida, en 3-4 años, o lenta, en 10-12 años.

Los hemangiomas capilares, son tumores benignos compuestos de vasos (hemangioma de fresa o juvenil), se dan en niños y jóvenes, lesión roja violácea, bien marcada. En anatomía patológica, es una masa con denso agregado de capilares (3). Pueden darse en vulva y región perineal. En la infancia, la frecuencia es en 1% de recién nacidos, crecen 1 año y luego regresan (4). En los grandes, puede haber ulceración y sangrado. Son raros en los genitales, pero puede haber en muslo proximal, monte de Venus y genitales (5).

Las complicaciones son las úlceras y la hemorragia, puede haber dolor (con retención de heces y orina) e infección. Pueden dejar cicatrices residuales (6). Para el diagnóstico, la ecografía-doppler, y la resonancia magnética (RMN)- angiografía, para evaluar y clasificar las anomalías vasculares, ver la extensión y las relaciones anatómicas con estructuras adyacentes (7). El tratamiento depende del tipo de malformación, el diagnóstico y clasificación correcta es crucial.

El tratamiento puede no ser necesario o la observación. Tratamiento conservador para no impedir la vida genital. El embarazo agrava el hemangioma, así como la toma de estrógenos + gestágenos (si necesario, dar la mínima dosis). En el parto, la episiotomía se hace en el lado opuesto, y la cesárea no está contraindicada (8). La crioterapia con N2 líquido es inadecuada (5). La escleroterapia, de 1ª intención, antes que la cirugía. También se ha dado prednisona oral, antibióticos orales y tópicos, esteroides intralesionales, láser de tinte pulsado (satisfactorio para la estética) (6), y finalmente, la cirugía. El interferón, no en niños.

En este trabajo, presentamos un caso raro de hemangioma capilar polipoide de vulva.

CASO CLÍNICO

Mujer de 59 años, G3P2A1, con menopausia a los 52 años. Antecedentes personales: hipertensión arterial.

Consulta para revisión, y refiere nódulo en vulva, desde 3 años antes, que ha ido aumentando de tamaño. A la exploración, se detecta lo que parece un pólipo fibroepitelial en labio mayor derecho (Figura 1). Se practica toma de muestras para citología cervicovaginal, con resultado normal. Y

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos;

Unidad de Ginecología (Dr. Lopez-Olmos)

Centro de Especialidades de Monteolivete

Avda. Navarro Reverter, 4, 13ª 46004 Valencia (España)

Tlf.: 607213220

E-mail: jlopezo@sego.es



Figura 1. MACROSCOPICA
La tumoración en labio mayor derecho

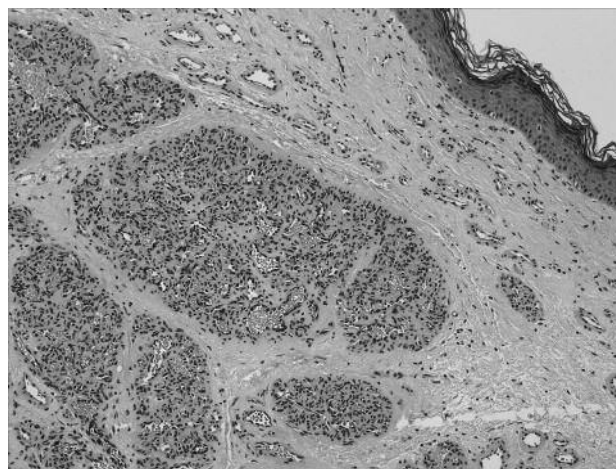


Figura 3. MICROSCOPICA (HE, 10 x)
Lesión lobulada vascular con epitelio escamoso de revestimiento

ecografía vaginal, con útero atrófico, línea endometrial de 3,5 mm y ovarios no visualizables. Se programó para exéresis de la tumoración.

La exéresis del tumor, un mes después, con anestesia local, obtiene una pieza (Figura 2), nódulo de 1,5 x 1 cm revestido de piel. En el estudio histológico se observa una lesión polipoide con un epitelio escamoso de revestimiento intacto, y a nivel subepitelial hay agregados lobulares, pero no encapsulados, de capilares íntimamente adosados (Figuras 3 y 4), mostrando contenido hemático, y una pared fina con endotelio plano (Figura 5). Algunos de dichos capilares están colapsados. El estroma es fibrocolagenoso conteniendo escasa población linfoide pequeña y algún siderófago.

El diagnóstico es: hemangioma capilar polipoide, parcialmente esclerosado.



Figura 2. MACROSCOPICA
Pieza tras la exéresis

DISCUSION

Nuestro caso, es una mujer de 59 años, postmenopáusica e hipertensa. Refería un nódulo desde 3 años antes, que fue aumentando de tamaño. Parecía un pólipio fibroepitelial en labio mayor derecho. Tras la resección, era un hemangioma capilar polipoide de vulva.

Los hemangiomas son la anomalía vascular más frecuente de la infancia, son neoplasias verdaderas por proliferación endotelial, con hiper celularidad. Regresan antes de 5-9 años. La relación niña / niño es 3-5 / 1. Se dan más en prematuros. En genitales y periné, alto riesgo de infección y ulceración (9). El tratamiento, de la observación a la cirugía. Hay que hacer fotos de intervalo para ver la evolución. La cirugía, por desfiguración y con problemas psicológicos.

Puede haber complicaciones serias de los hemangiomas, un caso de hemorragia (10) en una niña de 12 años, con hemangioma capilar en labio mayor y en región perineal, tejidos blandos. Tenía infecciones urinarias recurrentes, sangró en dos ocasiones nocturnas, fue urgente al hospital, con transfusiones y compresión local. Le dieron corticoides y no tuvo respuesta, no hubo involución espontánea. Le hicieron 3 embolizaciones arteriales (hasta la arteria ilíaca), y 5 meses después se hizo excisión quirúrgica y reconstrucción de la vulva. Aún así quedó hemangioma residual en periné. Y problemas psicológicos en la niña y su familia. Con sangrado intratable, embolización y cirugía.

O pueden encontrarse en localizaciones raras, como en la ingle (11). En una niña de 3 meses, prematura, tenía hernia inguinal estrangulada, masa subcutánea de 2 cm. Tras la resección era un hemangioma capilar. Tenía también un hemangioma cutáneo en el brazo derecho.

Pueden ser múltiples en los genitales (12), en una mujer de 21 años, con múltiples lesiones lobuladas en labio mayor, alguna con superficie ulcerada. Tras la excisión era hemangioma capilar lobular (granuloma piogénico). Se debe a respuesta vascular hiperproliferativa a trauma o estímulo. Los hemangiomas capilares solitarios, pedunculados, son raros en genitales femeninos (como en nuestro caso). El diagnóstico diferencial debe hacerse con: condiloma gigante, papulosis bowenoide, cáncer veruucoso, sarcoma de Kaposi y hemangioendotelioma.

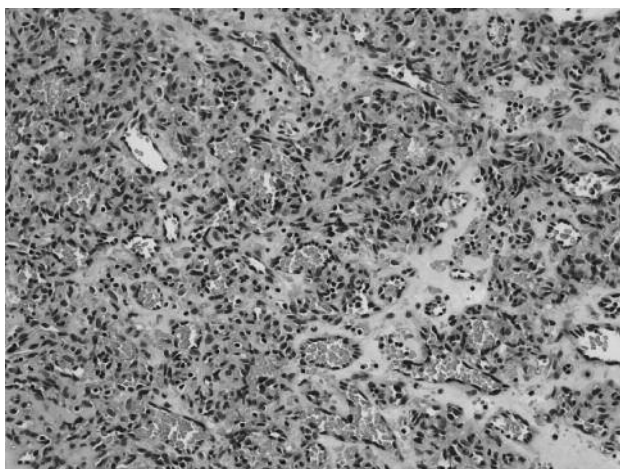


Figura 4. MICROSCOPICA (HE, 20 x)
Vasos capilares de paredes finas y contenido hemático

El embarazo puede afectar a los tumores (13). Y así, los epulis, que es un hemangioma capilar gingival, y los hemangiomas de otras regiones (hepáticos), también pueden crecer. En este caso se trata de una mujer de 25 años, que tenía una lesión en mejilla izquierda de 1 cm de diámetro inducido por el embarazo. Tras la excisión: hemangioma capilar. El aumento de los estrógenos sería la causa del desarrollo. Las células endoteliales eran positivas al antígeno antifactor VIII, y al receptor de estrógenos.

En una serie de 9 casos de tumores vasculares del tracto genital (14), en una revisión de 15000 especímenes genitales durante 10 años (1990-2001), había 6 casos de hemangiomas de vulva, y un solo caso de hemangioma capilar. Son poco frecuentes en los genitales femeninos. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con la endometriosis y los melanomas. Practicar excisión local.

El hemangioma capilar puede afectar vagina y uretra (15), como en una niña de 5 años, con manchado 1 semana. Tenía varicosidad a la izquierda del clítoris, y una hipertrofia en la pantorrilla derecha, que también era un hemangioma. En la ecografía: útero y vagina normales.

Se practicó vaginoscopia bajo anestesia, tenía lesión vascular en la cúpula vaginal. Se practicó biopsia. Era hemangioma capilar. Se le puso un taponamiento. A las 36 horas, al quitarlo, hizo una hemorragia de 300 ml. Se hizo un retaponamiento. En cistoscopia, se encontró vejiga normal, pero lesión en uretra. En la vaginoscopia, se vio la lesión, que no incluía el cérvix. Los padres no consintieron en TAC (tomografía axial computadorizada) abdominopélvica. Por la extensión del hemangioma no se hizo cirugía. Se dio prednisona 8 semanas a dosis decrecientes. Hubo sangrados en las semanas 3 y 5. En 2 años, no hubo más episodios de sangrado. Pero 8 meses después, presentó hematuria y anemia. En la cistoscopia: hemangioma en vejiga. Recibió una 2ª pauta de esteroides, y no hubo recurrencia.

El diagnóstico diferencial del sangrado en niñas es: irregularidad hormonal, vulvovaginitis, cuerpos extraños en vagina, traumas, causas urológicas y tumores: pólipos, tumores de partes blandas con cambios mixoides, y sarcoma botrioides.

Vemos casos complicados de verdad, no como el nuestro, que es un caso raro, como tumor polipoide solitario en vulva, hemangioma capilar.

Los autores declaran: NO existe conflicto de intereses.

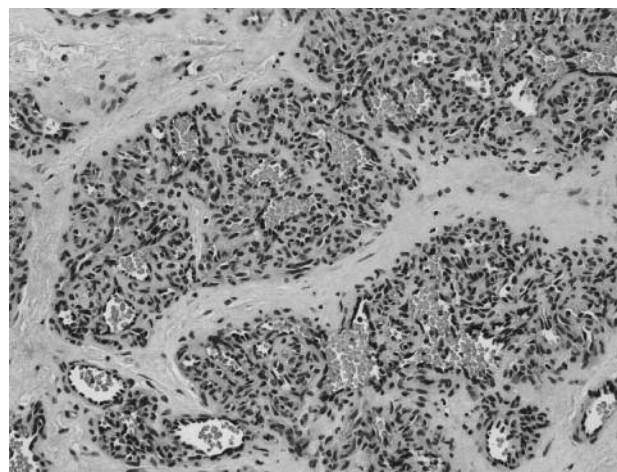


Figura 5. MICROSCOPICA (HE, 40 x)
Detalle de la anterior a mayor aumento

BIBLIOGRAFIA

1. Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones). Características clínicas e historia natural. *An Sist Sanit Navar*, 2004, 27 (suppl 1), 9-25.
2. Enjolras O., Soupre V. y Picard A. Classification des anomalies vasculaires superficielles. *Presse Med*, 2010, 39, 457-464.
3. Kurman R.J., Norris H.J. y Wilkinson E. Atlas of tumor pathology. Tumors of the cervix, vagina and vulva, pages 215-216. AFIP (Armed Forces Institute of Pathology), Washington, 1990.
4. Shea Ch. A., Stevens A., Dalziel K.L. y Robboy S.J. Vulva-cysts, neoplasms and related lesions, cap 2, pages 61-62, en *Pathology of the female reproductive tract*, de Robboy S.J., Anderson M.C. y Russel P. Churchill Livingstone, London, 2002.
5. Bunker Ch.B. y Staughton R. Pápulas y nódulos rojizos, cap 4, pages 92-93, en *Atlas de Dermatología genital. Diagnóstico y tratamiento*, de L. Edwards. Marban, Madrid, 2012.
6. Wagner A.M. Enfermedades genitales pediátricas, cap 12, pages 438-439, en *Atlas de Dermatología genital. Diagnóstico y tratamiento*, de L. Edwards. Marban, Madrid, 2012.
7. Flors L., Leiva-Salinas C., Maged I.M., Norton P.T., Matsumoto A.H., Angle J.F., Bonatti H., Park A.W. y otros. MR imaging of soft-tissue vascular malformations: diagnosis, classification, and therapy follow-up. *Radiographics*, 2011, 31, 1321-1340.
8. Barbier Ch., Martin A., Papagiknnaki Ch., Cottier J-Ph., Lorette G. y Herbreteau D. Malformations veineuses superficielles ou " angiomes veineux ". *Presse Med*, 2010, 39, 471-481.
9. Spring M.A. y Bentz M.L. Cutaneous vascular lesions. *Clin Plastic Surg*, 2005, 32, 171-186.
10. Bava G.L., Dalmonte P., Oddone M. y Rossi U. Life-threatening hemorrhage from a vulvar hemangioma. *J Pediatr Surg*, 2002, 37, 4, 1-3.
11. Kammoun H., Jallouli M., Gouiaa N., Boudauara T.S. y Mhiri R. Unusual location of a capillary hemangioma: inguinal location. *Aesth Plast Surg*, 2007, 31, 593-595.
12. Gupta S., Radotra B.D. y Kumar B. Multiple genital lobular capillary hemangioma (pyogenic granuloma) in a young woman: a diagnostic puzzle. *Sex Transm Inf*, 2000, 76, 51-52.
13. Demir Y., Demir S. y Aktepe F. Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy. *J Cutan Pathol*, 2004, 31, 77-80.
14. Kondi-Pafiti A., Kairi-Vassilatou E., Spaniou-Carvouni H., Kontogianni K., Dimopoulou K. y Goula K. Vascular tumors of the female genital tract: a clinicopathological study of nine cases. *Eur J Gynaec Oncol*, 2003, 24, 1, 48-50.
15. Cook C., Sanfilippo J.S., Verdi G.D. y Pietsch J.B. Capillary hemangioma of the vagina and urethra in a child: response to short-term steroid therapy. *Obstet Gynecol*, 1989, 73, 5, part 2, 883-885.

Caso Clínico

Leiomiomatosis metastásica pulmonar benigna: seguimiento durante 8 años

Benign pulmonary metastatic leiomyomatosis: followed for 8 years

Savirón Cornudella R.^I, Adiego Calvo I.^I, Savirón Tajahuerce R.^I, Alberto Tierz J.^I, Álvarez Alegret R.^{II}

I Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

II Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

La leiomiomatosis benigna pulmonar ó leiomiomatosis benigna metastatizante es una neoplasia poco frecuente con una presentación clínica variable. Debido al pequeño número de casos descritos en la literatura no hay consenso sobre el manejo de esta enfermedad. Las alternativas terapéuticas incluyen tratamiento endocrino, cirugía, técnicas de embolización selectiva incluso quimioterapia. Presentamos un caso de leiomiomatosis benigna pulmonar que inicialmente fue diagnosticada de una enfermedad metastásica pulmonar por el estudio radiológico.

PALABRAS CLAVE

Leiomiomatosis benigna pulmonar, leiomiomatosis benigna metastatizante

ABSTRACT

Benign pulmonary leiomyomatosis or benign metastasising leiomyomatosis is an infrequent neoplasia, with a variable clinical presentation. Due to the small number of cases described in literature, there is no consensus in the management of the disease. The therapeutic alternatives include endocrine treatment, surgery, selective embolisation techniques and even chemotherapy. We present the case of a benign pulmonary leiomyomatosis that initially, based on the X-ray report, a malignant metastasising tumour pathology was diagnosed.

KEY WORDS

Benign pulmonary leiomyomatosis, benign metastasising leiomyomatosis.

INTRODUCCIÓN

El término leiomioma benigno metastásico (LBM) fue descrito por Steiner en el año 1939 en una paciente con leiomioma uterino benigno y metástasis pulmonares(1). Se define como la localización extrauterina de lesiones leiomiomatosas carentes de signos histológicos y citológicos de malignidad que clínica y radiológicamente simulan un comportamiento metastásico, aunque en el caso de localización pulmonar y para distinguirlo de una neoplasia de músculo liso primaria (muy infrecuente), la denominación "leiomiomatosis en paciente con antecedente de leiomiomatosis uterina" es más descriptiva(2).

Presentamos la evolución del caso clínico de una paciente con esta enfermedad, que inicialmente fue diagnosticada de un proceso maligno pulmonar, y tras ocho años de seguimiento se encuentra asintomática.

CASO CLÍNICO

Paciente que a los 53 años (año 2004), mientras se realizaba el preoperatorio para ser intervenida de una operación traumatológica, se le diagnosticó de un modo fortuito de nódulos pulmonares sospechosos de patología maligna metastásica como primera opción.

La paciente no presentaba antecedentes familiares de interés, no fumadora ni bebedora, IMC=19 (53Kg/165cm²), cuyos antecedentes personales más importantes incluían 4 partos eutócicos y 1 legrado ginecológico por metrorragias, anovulatorios durante 7 años y una histerectomía total con doble anexectomía en 1987 por útero miomatoso y polimenorreas. Tratada posteriormente con terapia hormonal sustitutiva (THS) con estradiol.

Clínicamente asintomática, acudió a realizarse unas pruebas preoperatorias de una intervención de menisco, que incluían analíticas normales, marcadores tumorales CEA y CA 19.9 normales y una radiografía donde se visualizaron nódulos pulmonares de tamaño variable (Figura 1) de pocos milímetros hasta 25mm dispersos en ambos pulmones. Se completó el estudio con un TAC objetivándose formaciones nodulares múltiples en ambos campos pulmonares (Figura 2). El informe indicaba descartar patología tumoral maligna metastásica.

Posteriormente se realizó una videotoracoscopia con biopsia pulmonar (resección atípica pulmonar lobar superior derecha) con diagnóstico anatómo-patológico (Figura 3) de proliferación muscular lisa "leiomiocitaria nodular pulmonar" de histología benigna y patrón nodular. En base a la existencia de otras dos lesiones y de los antecedentes de histerectomía lo encuadraron dentro de un "leiomioma benigno metastatizante".

CORRESPONDENCIA:

Dr. Ricardo Savirón Cornudella;
Servicio de Ginecología y Obstetricia
Hospital Universitario Miguel Servet
C/ Isabel la Católica, 1-3.
50009 Zaragoza (España)
E-mail: rsaviron@gmail.com



Figura 1. Radiografía tórax en proyección antero-posterior: nódulos pulmonares de tamaño variable de pocos mm hasta 25mm

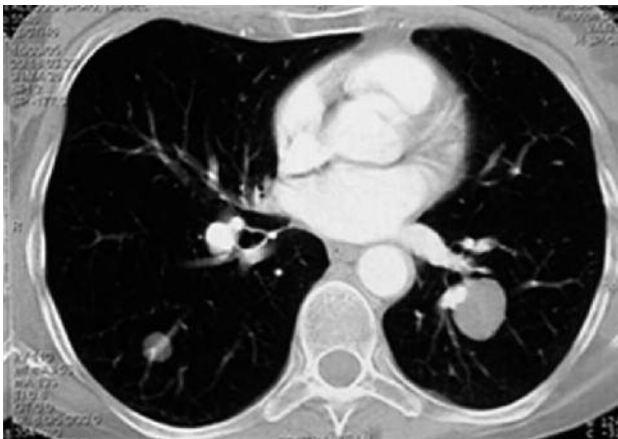


Figura 2. TAC en la que se observan formaciones nodulares múltiples de tamaños distintos en ambos campos pulmonares

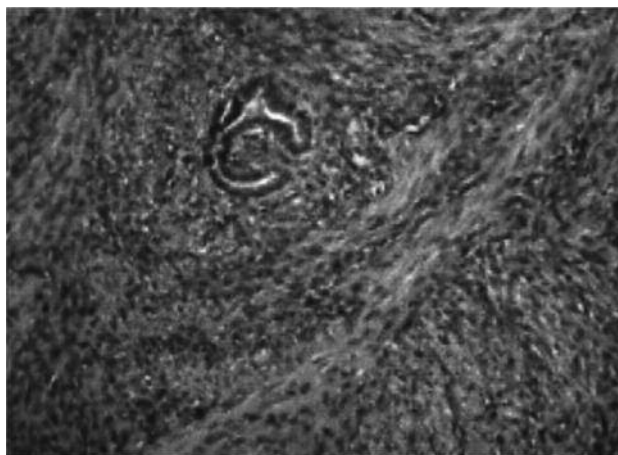


Figura 3. Detalle de la proliferación fusocelular, de hábito muscular liso, englobando estructuras glandulares. No se aprecia atipia citológica, necrosis ni índice mitótico relevante en ninguno de los dos compartimentos (x100)

Las pruebas de ventilación (espirometría) fueron normales: FVC 97% y FEV1 106% y el PET no evidenció enfermedad macroscópica tumoral (ausencia de captación patológica de glucosa en los nódulos radiológicos pulmonares, lo que orienta a su origen benigno).

Se retiró la medicación con THS y posteriormente se realizaron controles radiográficos anuales los 4 primeros años y bianuales posteriormente. Tras 8 años de seguimiento la evolución es satisfactoria ya que no hay crecimiento de los nódulos pulmonares y clínicamente se encuentra asintomática, conservando la capacidad pulmonar. Sólo presenta osteoporosis en tratamiento con ácido ibandronico, carbonato de calcio y colecalciferol.

DISCUSIÓN

La leiomiomatosis benigna pulmonar ó leiomiomatosis benigna metastatizante (LBM) es una neoplasia poco frecuente, causante de nódulos pulmonares difusos en mujeres sobre la que se describen en la literatura 150 casos hasta 2008(3). Esta patología suele aparecer en mujeres premenopáusicas a quienes se les realizó una histerectomía por útero miomatoso, apareciendo entre 2 y 20 años tras la intervención (4-6), aunque también se ha descrito en pacientes sin antecedentes de cirugía uterina(7).

Histológicamente, se caracteriza por una proliferación nodular de células musculares lisas, maduras, de apariencia benigna, extendiéndose en la periferia pulmonar: el tejido intersticial y la vecindad de los espacios aéreos.

La patogenia de la LBM es a día de hoy todavía controvertida, pero el mecanismo más frecuentemente propuesto es de diseminación hematogena, producida por la extensión hacia los canales venosos pélvicos o trauma quirúrgico ocurrido durante la histerectomía(4).

Un 70-80% de los nódulos presentan receptores estrogénicos y de progesterona positivos, reforzándose la idea del origen uterino del cuadro. Se ha observado una fuerte asociación a estímulos hormonales puesto que el crecimiento de los nódulos se hace más evidente tras tratamientos con estrógenos o tratamientos combinados de estrógeno y progesterona, y disminuyen durante el segundo y tercer trimestre de embarazo, tras ooforectomía bilateral, menopausia, tratamientos con megestrol, inhibidores de la aromatasa P-450 y análogos de los inhibidores de liberación de gonadotropinas(3).

Otro argumento a favor, es que se han observado también casos de LBM en una mujer tras histerectomía total más anexectomía bilateral, en tratamiento con THS(8), como en nuestro caso. Aunque de igual modo, se han descrito numerosos casos en mujeres que no recibieron THS, lo que hace pensar que hay otros factores involucrados en la patogenia, aun desconocidos(3).

La clínica es variable y dependiente de su localización, aunque existe poca correlación entre los síntomas y los hallazgos radiológicos(9). En un gran número de casos, la paciente permanece asintomática y en otros presentan síntomas respiratorios leves, como tos no productiva o disnea de grandes esfuerzos y en casos excepcionales puede debutar como muerte súbita.

El diagnostico es generalmente casual, como hallazgo incidental tras una prueba de imagen realizada por otro motivo. Radiológicamente, la LBM puede aparecer como un nódulo pulmonar solitario o, más frecuentemente, como nódulos pulmonares múltiples de tamaño variable (entre 0.5 y 50 mm.)(10), dispersos y con normalidad del intersticio circundante. Los hallazgos radiológicos de las metástasis pulmonares benignas son indistinguibles de los de metástasis malignas, sin embargo,

los tumores metastatizantes benignos presentan un crecimiento muy lento. Típicamente los nódulos de la LBM no se calcifican ni captan contraste intravenoso(11). El estudio ha de completarse con un examen TAC a efectos de localizar las lesiones y sus relaciones anatómicas y se debe realizar una espirometría con el objetivo de evaluar la afectación de la función respiratoria de la paciente.

El diagnóstico de certeza lo aporta la histología, apoyándose en técnicas IHQ: células musculares lisas, sin atipia, sin necrosis, sin patrón infiltrativo y bajo índice mitótico.

Debido al escaso número de casos descrito en la literatura, no existe consenso en el manejo de la enfermedad. Las alternativas terapéuticas, cuando el tratamiento es necesario, incluyen tratamiento endocrino, cirugía, técnicas de embolización selectiva e incluso quimioterapia.

Desde que se conoce que LBM es un tumor hormonodependiente, la importancia del tratamiento endocrino ha aumentado. Deben suspenderse los estímulos hormonales como anticonceptivos o THS. La castración quirúrgica, así como los agonistas de los inhibidores de la liberación de gonadotropinas disminuyen o mantienen el tamaño de los nódulos, incluso algunos autores han probado la eficacia de los

inhibidores de la aromatasa en el tratamiento de esta entidad en mujeres postmenopausicas con buenos resultados(3,12,13). Otra tendencia aboga por la resección de las metástasis si el número, localización y situación clínica de la paciente lo permiten. Para enfermedades irresecables o cuando no hay expresión de los receptores de estrógenos y progesterona puede intentarse un tratamiento quimioterápico con doxorubicina y dacarbacina.

La enfermedad tiene un crecimiento lento y con tratamiento adecuado adquiere un buen pronóstico. Éste se ve modificado por la cantidad y localización de las metástasis. Además se ha observado que la leiomiomatosis pulmonar benigna tiene riesgo potencial de repetición y de degeneración maligna, empeorando el pronóstico(3).

Por último, en cuanto al diagnóstico diferencial a nivel pulmonar la primera entidad a tener en cuenta es la metástasis del leiomiomasarcoma (la ausencia de atipias citológicas, mitosis significativas y necrosis lo descartan). Otros procesos son: leiomiomatosis pulmonar primaria (sin historia ginecológica previa), linfangioleiomiomatosis y hamartomas.

La paciente se encuentra actualmente, tras 8 años de evolución, clínicamente bien lo que confirma que se considera una enfermedad con potencial metastatizante pero benigna.

BIBLIOGRAFIA

- Steiner PE. Metastasizing fibroliomyoma of the uterus: report of a case and review of the literature. *Am J Pathol.* 1939; 15: 89-100.
- Torres-Gómez FJ, Arroyo-Tristán A, Torres-Olivera FJ. Leiomioma benigno metastático de localización pulmonar. *Arch Bronconeumol.* 2007; 43:52-3.
- Awonuga AO, Shavell V, Imudia AN, Rotas M, Diamond M, Puscheck E. Pathogenesis of Benign Metastasizing Leiomyoma: A Review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(3):189-95. Review.
- Artechea E, Lorente MP, Cascante JA. Leiomiomatosis metastatizante benigna en pulmón. *Radiología.* 2008;50(2):146-71.
- Esteban JM, Allen WM, Schaerf RH. Benign metastasizing leiomyoma of the uterus: histologic and immunohistochemical characterization of primary and metastatic lesions. *Arch Pathol Lab Med.* 1999; 123: 960-2.
- Lee HJ, Choi J, Kim KR. Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma Associated With Intravenous Leiomyomatosis of the Uterus: Clinical Behavior and Genomic Changes Supporting A Transportation Theory. *Int J Gynecol Pathol.* 2008; 27: 340-5.
- De Valle Corredor C, Rodríguez Garnica MD, García Pineda V, Zapico Goñi A. Leiomiomatosis benigna metastatizante: a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst.* 2012; 39 (5): 213-215.
- Avedissian L, Hnatiuk O, Frenia D. Benign Metastasizing Leiomyoma- An Unusual Cause of Diffuse Pulmonary Nodules. *Chest Meeting October 1, 2004;* 126:989-90.
- Palafox D, Palafox J, Aquino G, Dajer-Fadel WL. *Rev Patol Respir.* 2012; 15:85-8.
- Awonuga AO, Rotas M, Imudia AN, et al. Recurrent benign metastasizing leiomyoma after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:373- 76.
- Jiang G, Gao Y, Gao M, Zhegn H, Yan X, Wan W, et al. Benign metastasizing leiomyoma: report of two cases and literature review. *Yu Chinese Medical Journal* 2010;123(22):3367-71.
- Takeda T, Masuhara K, Kamiura S. Successful management of a leiomyomatosis peritonealis disseminata with an aromatase inhibitor. *Obstet Gynecol.* 2008 ;112:491-3.
- Rivera JA, Christopoulos S, Small D, Trifiro M. Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of a two cases and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004; 89: 3183-8.

Tribuna humanística

Las agresiones y abusos sexuales en la infancia y su repercusión psicosomática en la edad adulta

The assault and childhood sexual abuse and its repercussions adulthood psychosomatic

Cruz González J.

(*) Texto ampliado de la Conferencia pronunciada por el autor en el **1º Ciclo Científico Cultural sobre Historia de la Medicina y Humanismo Médico**, patrocinado por la Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de Madrid y la Asociación Española de Médicos Escritores.

Las agresiones y abusos sexuales en la infancia es uno de los mayores problemas actuales, con profunda trascendencia social y humana que: Psiquiatras, juristas, trabajadores Sociales, educadores, y nosotros los psicólogos, tenemos que abordar desde sus consecuencias psicosociales y secuelas medicas.

Las agresiones en la infancia no es algo nuevo; tampoco lo son los abusos sexuales, considerados como formas de maltrato psicológico y a veces físico.

A lo largo de la Historia, los contactos sexuales con menores, en otras culturas, fueron integrados dentro de reglas de intercambios sexuales y ritos religiosos, y la prohibición del incesto en cada sociedad. Pensemos, por ejemplo, el importante lugar que ocupó efebo en la Grecia clásica y los numerosos estudios que han realizado los antropólogos sobre esta cuestión en otras culturas más alejadas de la nuestra.

Desde el siglo XIX, comienzan a aparecer reacciones sociales en contra del maltrato de niños la "Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los niños", en Nueva York (1871) y recordemos también la Declaración Universal de los Derechos de la Infancia y la figura del Defensor del Menor. En nuestra sociedad el abuso sexual a menores, tiene implicaciones legales desde Leyes de Protección Jurídica del Menor, siendo castigado por el Código Penal.

"El Instituto del menor y de la Familia" de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, registra que las notificaciones de malos tratos infantiles recibidas desde Enero de 1999 a junio de 2000, ascienden a un total de 539. De ellas 143 casos eran de abusos sexuales.

Según un estudio de FUNCOE en un informe presentado en Valencia (1998), un 23% de las niñas y un 15% de los niños sufre abuso sexual en España antes de los 17 años.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Juan Cruz González

Psicólogo Clínico

j.cruz@correo.cop.es

Las personas con discapacidad sufren de dos a cinco veces más abusos que, las personas sin ningún tipo de minusvalía. (Congreso Internacional "Mujer y Discapacidad" - Valencia, Marzo 2003, Figura 1)



Figura 1. Cartel Congresos Internacional "Mujer y Discapacidad" Valencia 2003

Pero éstas estadísticas las consideramos los profesionales tan solo como la punta de un iceberg de casos que no salen a la luz, a pesar de la obligación que todos tenemos de comunicar la sospecha del maltrato infantil a las Instancias Sociales y Judiciales.

El Ministerio de Asuntos Sociales publicó en 1994 que el 19 % de los adultos tienen antecedentes de abusos sexuales durante la infancia, y se piensa que sólo se detecta entre el 10% y el 20% de los malos tratos producidos.

Hablemos de la medicina psicosomática tan ligada a nuestro que es, sin duda, tan antigua como la Medicina misma. Así la Medicina tradicional China, analiza desde hace más de 2.500 años, las enfermedades psico-físicas con una visión integradora. Autores como Hipócrates (Figura 2) y Platón propugnaban la superación de la dicotomía psicofísica, y Marañón (Figura 3) afirmaba que "la patología psicosomática, es fundamentalmente una patología emocional".



Figura 2. Hipócrates de Cos (siglos V-IV a.C.) - Rubens

Acerquémonos desde lo emocional al conflicto producido en cualquier ser humano, que en los albores de su vida y desde su frágil psiquismo infantil, inesperadamente se encuentra con que el necesitado y esperado cariño, protección, y cuidados necesarios por parte de sus adultos, es cambiado por brutales agresiones sexuales, a veces solapadas, sin saber lo que está ocurriendo, ni sus causas, ni la razón de por qué se producen.



Figura 3. Retrato de Gregorio Marañón

El niño comenzará su maduración, traumatizado desde secuelas en su desarrollo cognitivo, emocional, afectivo y sexual. La distorsión de autoconcepto, autovaloración y autoimagen empobrecerá su autoestima y desarrollará desconfianza en sí mismo, en los que le rodean, y en la propia sociedad. El trastorno de estrés postraumático le acompañará, sin ilusión ni esperanza, para poder gozar, amar o crear un proyecto de vida normal en su fase adulta.

Con este daño pensemos; ¿cómo el infante puede elaborar esas experiencias insostenibles?. Si para cualquier persona se hace difícil la expresión verbal de sentimientos, cuando éstas son contradictorias y conllevan un continuo y profundo dolor emocional, al niño, desde su

inmadurez cognitiva y limitación de vocabulario, esos sentimientos pueden bloquearle la comunicación verbal. Esto, como veremos más adelante, le llevará a enfrentarlo desde la soledad y el silencio mas insufrible que darse pueda.

Siguiendo a Laín Entralgo (Figura 4), habla del silencio que no puede ser soportado por el hombre de un modo indefinido, y alude al poema de Baudelaire.

*"Yo soy la herida y la cuchilla,
soy el forjado y soy el yugo,
a bofetada y la mejilla,
soy el reo y el verdugo"*

A pesar de este silencio, el conflicto producido por el malestar emocional, como el agua que va buscando el cauce de río, tenderá a buscar salida a través de otras formas de expresión, como desadaptadas, trastornos psíquicos, e incluso habrá personas que mostrarán inconscientemente el conflicto desde síntomas físicos.

Será en estos casos donde el trastorno psicosomático emerge y aparece "gritando silenciosamente" desde el cuerpo, a través del síntoma físico, lo que la mente acalla, y se reprime por ser intolerable para la consciencia, e incompatible e insostenible para la vida (H.J PRILL)

Entonces, la "somatización" como proceso, llevará al niño/a, ya sea joven o adulto, a buscar ayuda médica por síntomas físicos. Los médicos les recibirán en sus consultas y descubrirán patologías difícilmente explicables en su patogenia: amenorreas (falta de periodo), dismenorreas (menstruaciones dolorosas), dispareunias (o coito doloroso), impotencia, frigidez, esterilidad, rechazo sexual, abortos de repetición, mastodinias (dolor de mama), anorexias nerviosas, bulimias...) dolencias que se podrán entender en el sentir de Laín: "la enfermedad no aparece como un desorden del cuerpo, porque la enfermedad conlleva un "sentido biográfico", tanto en orden a la génesis como respecto a la configuración de su cuadro sintomático", y así el médico podrá intuir que en estas personas esos "dolores" y "trastornos" pueden estar asociados a rechazos y oposiciones a la identidad sexual, inhibiciones a la maduración, aversión y rechazo al contacto sexual, desaparición de signos de feminidad, que pueden ser el grito delator de ultrajes sexuales padecidos en la niñez o adolescencia, y que afloran por fin al exterior como angustiosa petición de ayuda.



Figura 4. Imagen de Laín Entralgo

Serán los psiquiatras y los psicólogos quienes "aplicando el oído" en la persona que enferma, explorarán estos síntomas para intentar descubrir las patologías psicosociales que subyacen, e intentar ayudar a entender y asumir su biografía vital desde el proceso terapéutico. Un paciente nos dice

*"Al principio salió algo que no esperaba
Luego me confundí y bloqueé.
Luego lo negué.*

*Luego me cabré. No quería aceptarme y salía rebotada.
Luego me encontré, y por fin soy yo misma completa."*

Como estamos inmersos en un ciclo de Humanismo Médico, al problema que desarrollamos debemos darle un enfoque humanístico. Puede ser un espacio importante para pensar y concienciarnos.

A través del esquema qué vamos a desarrollar, (aviso qué es cruel reflejo de la realidad, aunque evidentemente no se trata de generalizarlo para todos los abusos sexuales y circunstancias personales), intentaré transmitirles y posibilitarles entender el proceso de padecimientos que, desde la niñez, relatan que tuvieron que pasar, personas jóvenes y adultas que solicitaron mi ayuda profesional; la mayoría de las veces presentaban las patologías psicosomáticas anteriormente descritas, y otros trastornos psicológicos aparentemente diferentes al tema que estamos tratando.

A lo largo del proceso terapéutico individual fueron mostrando sus traumas infantiles y desde el análisis posterior de cada uno de ellos, pude observar, en una mayoría, tantos puntos en común, que parece hubiesen pasado por las mismas experiencias traumáticas e incluso similar proceder de cada maltratador.

Tantas vidas adultas, destrozadas en la infancia y solicitando ayuda, hacen pensar en la cantidad de personas abusadas que permanecerían ocultas con sus terribles silencios. Asumiendo siempre el secreto profesional me planteé, evitar convertirme en un eslabón más de esa cadena de silencios y dar rienda suelta a mi conciencia social, poniéndole mi voz a sus gritos y llantos angustiados, para, en su nombre, entregárselos a la sociedad a la que pertenecen, e intentar transformar tanta amargura en abono fértil, que permita, que otros niños puedan recibir de sus adultos la ayuda adecuada que impida la cercanía de agresores que, robándoles su dignidad como personitas, les sesgue su vida.

Al hacerles a ustedes partícipes de su legado y denuncia, les reitero mi agradecimiento por su presencia y muy especialmente, a algunas de estas personas, que me reconforta se encuentren aquí en esta Sala escuchándome, como auténticos protagonistas de estos sufrimientos.

"Abramos los oídos" y oigamos los gritos y llantos silenciados."



Figura 5. Imagen de maltrato infantil

De personas jóvenes o adultas con y sin minusvalía, en su mayoría mujeres, pertenecientes a familias de todas las clases sociales y culturales que acuden desesperadamente a consultar, buscando su dignidad e identidad, cuando YA NO PUEDEN MÁS.

Algunos síntomas que presentan hablan de secuelas de profundas heridas emocionales todavía sin cicatrizar; desajustes de la realidad, trastornos psicosomáticos (sobre todo en la esfera genital), problemas en su identidad sexual, en sus relaciones sociales, familiares o de pareja, alteraciones en la alimentación; labilidad emocional o depresión, deseos de no vivir, intentos de suicidio,...

***"Quiero morir para descansar, para no sentir ni frío ni calor,
acabar con todo. No sentir ni padecer, esperar que llegue la hora
"...Es un testimonio recibido por mí en la consulta.***

Viven en continua lucha, con un secreto oculto que no se han atrevido a desvelar, por ser parte de un tortuoso pasado que no pueden olvidar marcado por terribles recuerdos, imágenes y pesadillas que, desde el presente, llenan de desesperanza el futuro y la ilusión por vivir.

Son personas que, desde su inocencia y desconocimiento infantil, tuvieron que acostumbrarse a ser agredidas y maltratadas psicológicamente. Algunas recuerdan tener menos de cinco años, cuando se veían forzadas,

coaccionadas o engañadas, para satisfacer, desde sus frágiles mentes y cuerpecillos, las perversiones, y abusos sexuales de agresores jóvenes o adultos. Quienes, desde su superioridad, las utilizaban para estimularse sexualmente a sí mismos, o a ellas a través tocamientos, besos, manoseos, llegando incluso a la vejación o violación traumática.

Habitualmente, para eliminar ante los ojos de la víctima, o de sus responsables adultos cualquier sombra de malignidad en su conducta, los agresores se aprovechaban de la cercanía emocional, y actuaban premeditadamente, escondidos a los ojos de los demás, con total impunidad y libertad de acción. La criatura en su ingenuidad, no podía entender el suceso libidinoso y desviado, llegando incluso a confundirlo con expresiones cariñosas de afecto exentas de malicia.

***"Al ser de mi entorno cercano expresaba un paciente, era mucho
más difícil desenmascarar lo que me ocurría. Como no tenía
lesiones físicas, el resto de mi familia no podía sospechar lo que
me estaba pasando, ni lo que me estaba haciendo."***

Con el paso del tiempo quedaban atrapadas en las redes de chantajes obligados y de perversa complicidad que sus agresores se encargaban arteramente de tejer en su incipiente autoestima. Cada abuso, independientemente de su frecuencia o continuidad, quedaba sistemáticamente silenciado en un secreto cerrado por finos hilos de engañosos afectos y caricias, juegos, tratos de favor, y dádivas, creando así un nudo mayor a la perversa relación.

El silencio comenzaba a convertirse en el mayor cómplice y enemigo del calvario, que en ocasiones, se mantenía sellando lo que ocurría de una generación a otra, para evitar la amenaza que podía representar en la continuidad del frágil sistema familiar.

***"Es horrible como los actos de una persona repercuten en o tras
generaciones". Me comentaban***

Apresadas en su silencio y ajenas a tanta crueldad, intentaban desde sus juegos infantiles, amistades, relaciones familiares y escolares, hacer una vida normal, que se oscurecía con cada desalmado contacto. Las indefensas

criaturas ante el daño, las molestias o la velada sospecha de que algo malo escondían esas situaciones, intentaban oponer resistencias o negativas hacia la relación, qué, por sistema, el agresor, desde su superioridad desmontaba con ladina habilidad.

En un momento dado, el miedo a las amenazas, represalias o chantajes, impedían cualquier intento por escapar o comunicarlo al exterior. Atrapadas por la manipulación y angustiosa complicidad con el agresor, desde el miedo y sentimientos de culpa, éste fortalecía lazos de sumisión y pactos de silencio para asegurarse el aislamiento emocional de sus víctimas. En el caso de hermanos lo habitual era que cada uno pasase por las mismas experiencias pero silenciadas, cegadas o ensordecidas entre ellos mismos. Se sentían desprotegidas también, porque en ocasiones, los agresores conseguían la complicidad de algunos miembros de la familia, y entonces éstos no hacían una clara apuesta por ellas. O bien, porque su familia o educadores desconocían la situación y vivían ajenas a la misma.

He aquí una triste confidencia al respecto:

"Cómo lo iba a decir, temía sus represalias, sus chantajes, y algo muy importante la vergüenza. Él mismo convertía las relaciones conmigo, en algo vergonzoso y malo, algo que no se podía contar a nadie, un gran secreto que si se desvelaba desencadenaría cosas terribles".

Con la autoestima cada vez más debilitada, y con desconfianza generalizada hacia el ser humano adulto, quedaban solas y paralizadas, intentando romper la perversa complicidad, con llantos y gritos silenciosos que tan sólo los rincones de su habitación y sus pequeñas almohadas escuchaban, para intentar desahogar en soledad tanto sufrimiento, de su dañado mundo emocional, afectivo relacional y sexual.

En algunas de sus conductas infantiles mostraban indicios cuando; eludían los juegos que implicaban contacto físico, o les daba asco que les besasen o les cogiesen, se volvían negativistas, solitarios, tristes e introvertidos, se les agriaba el carácter, e incluso podían ser dóciles o violentos, hiperactivos y desconfiados, algunos llegaban a masturbarse mucho desde pequeños.

Cambiaban los hábitos alimentarios y presentaban síntomas de estrés pos traumático.

Indicios que si bien, no tenían porque ser determinantes, al ser, compatibles con otras patologías psicológicas o enfermedades, si hubiesen permitido a: los familiares, profesores, cuidadores o tutores, contemplar el abuso como una posibilidad y ayudarles a tiempo.

Algunos relataban; "Nadie entendió mi cambio de actitud de pequeño, y cuando muerto de miedo, intenté decirlo muy veladamente, no se le dió importancia, y dejé de intentarlo ya".



Figura 6. Imagen de maltrato infantil

Llegadas a la adolescencia estas personas, tuvieron que afrontar el terrible descubrimiento de lo que, hasta entonces, las estaba sucediendo. La tristeza, rabia, desesperación y sentimientos de suciedad y culpa, las llevaba a vagar sin creencias ni rumbo. Con la angustia y confusión, como compañeras, intentaban encontrar su identidad y seguridad; unas a través de la rebeldía; otras desde adiciones a drogas o alcohol y algunas, desde la parálisis afectiva, relaciones interpersonales distorsionadas y desviaciones, rechazo o promiscuidad sexual. Todas necesitaban destruir sus biografías traumáticas y quitarse de encima los asquerosos recuerdos producidos por su inmutable agresor.

Dice una paciente. "Hay un parte de mi que siente todo y otra que no quiere sentir nada, porque sentir hace sufrir. Voy alocada y sin pararme a pensar, para dejar de sentir unos minutos o días y poder desconectar de toda una vida".

Apostilla otra persona " Yo no he podido elegir en mi vida, todo me fue impuesto, desde pequeña amenazada y de mayor dejándome pisar terreno, por miedos y para que me quisiesen".

"Necesité ayuda psiquiátrica y psicológica durante cuatro años. Para asimilar y aprender a vivir con lo que me sucedió, de niña.

Vivir, crecer, madurar con algo tan doloroso encima es francamente difícil, duro y exasperante. Soy consciente de los años vividos sin identidad, con mucho sufrimiento, con mucha soledad, rabia, impotencia y frustración. Yo ya lo he vivido, ha sido parte de mi proceso, para llegar a mí misma, pero habría sido más fácil y menos doloroso, para mí, haber recibido esta ayuda cuando era pequeña, estoy segura, que hubiese sido una adolescente o una mujer madura, con los problemas justos que, por otra parte son más que suficientes."

Muchas de estas personas mantuvieron su silencio, durante años, ante el temor a: no ser entendidas, ser ignoradas, tachadas de mentirosas, rechazadas, incomprendidas, culpabilizadas, o simplemente con miedo a la posible falta de reacción de sus familiares, profesores o amigos, si comunicaran que sus maltratadores/as andaban ocultos entre las personas de su entorno cercano; vecinos, cuidadores, educadores, compañeros, amigos de la familia o de confianza, primos, tíos, hermanos, abuelos, padrastros o los propios padres biológicos. ¡Qué tristeza!

Estos agresores, con alta probabilidad, continuarán actuando desde "sus aparentes vidas normales" buscando a nuevas víctimas inocentes sobre las que colocar, quizás sus angustias, desdichas o posibles traumas infantiles. Evitaran ser descubiertos y para ocultar las pruebas de su desfachatez y frialdad para culpabilizar a la víctima, negar los abusos o mostrar horror hacia los mismos, e incluso manifestar clínica preocupación y afectividad por ellas ante los suyos, ante la sociedad, e incluso escurriéndose ante la justicia, desde la ausencia, de pruebas físicas o testigos.

Alguien me dijo que fes transmitiese. "Este problema social debe ser atajado cuanto antes, porque un niño maltratado de una manera tan brutal, como es el abuso sexual, se convierte en un adulto, desintegrado, totalmente inseguro, inadaptado socialmente, y con un aprendizaje a sus espaldas, de lo que es la vida y las personas totalmente erróneo, lo que le conlleva a actuar de forma incorrecta con uno mismo y con sus semejantes. Hagan todo lo posible para evitarlo":

Con todo esto, sería importante que aprendiésemos a detectar precozmente las señales de los auténticos llantos y gritos silenciosos, de tantos pequeños que en nuestra generación, estarán pasando inadvertidos, y que desde su débil y triste denuncia, destapan los oprobiosos hechos de las más oscuras patologías y realidades de la sociedad, recordándonos la necesidad de ayudarles al unísono, desde todos los sectores sociales y profesionales para:

1. Potenciar los programas de sensibilización y concienciación social.
2. Capacitar a padres, cuidadores, tutores y formadores.
3. Instruir desde la infancia y adolescencia en la prevención. Sin dramatizar, ni crear miedo y con naturalidad, desde las familias y los programas de sexualidad escolares, ayudando a desarrollar estrategias para:
 - Diferenciar y reconocer las agresiones sexuales.
 - Desarrollar estrategias de autoprotección.
 - Potenciar la capacidad para comunicar y solicitar ayuda.
 - Reconocer los propios derechos infantiles.
 - Potenciar la autoestima y aprender a resolver conflictos.
4. Apoyar programas sociales que actúen sobre los factores y grupos de riesgo;
 - Familias desestructuradas
 - Problemas socioeconómicos
 - Violencia familiar.
 - Drogadicción, alcoholismo
 - Padres muy jóvenes.
 - Niños prematuros, Institucionalizados y discapacitados
 - Haber sido víctima de maltrato en la infancia.
 - Antecedentes de enfermedad o retraso mental.
5. Facilitar desde los servicios sociales la detección precoz de situaciones de maltrato, apoyo y tratamiento al menor, familia y agresores jóvenes, e incluso pienso valorarlo para aquellos adultos, que muestren arrepentimiento y reconocimiento de sus actos.
6. Comunicar a las Instancias Judiciales y sociales, cualquier indicio de sospecha de abuso infantil, para impedir que los agresores sigan cometiendo tropelías.

Y sobre todo, que los países eviten, que criaturas inocentes, en su soledad maltratada, ahoguen sus gritos en el silencio, porque ni llorar pueden. Tristemente sus lágrimas se han secado, en sociedades cayos adultos, no supieron, o no quisieron asumir el problema, o, simplemente, les dieron la espalda.

Bibliografía

1. P. Laín Entralgo. "El silencio y la palabra del médico". Medicina e Historia Publicaciones Médicas BIOHORM, Edit Rocas. Mayo 1964 Fascículo III Pag 5.
2. A. Nogales Espert. "Maltrato Infantil", Anales de la REAL ACADEMIA Nacional de Medicina. 2000.
3. Save Children España, "Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para profesionales". Segunda Edición Noviembre 2002. www.savethechildren.es

