

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA

PRÁCTICA

Mayo - Junio 2016

Año MMXVI

746

ARTÍCULO ORIGINAL

Efecto del consumo de bebida de soja sobre los síntomas climatéricos: Estudio CLIMASOY

Brotons, C., Moral, I, Fernández, D, Puig, M, Monteserín, R.

Análisis de la prolongación de la gestación, la supervivencia fetal y los resultados perinatales en el cerclaje de emergencia

González Ballano I, Martínez Súñer S, Ortega Marcilla S, Rodríguez Solanilla B, Castán Mateo, S

Impacto del diagnóstico de la infección por virus del papiloma humano (VPH) en aspectos sexuales y psicosociales. Estudio prospectivo de un año, comparando con la Vaginosis Bacteriana

López-Olmos, J

REVISIÓN

Aspectos Dietéticos Y Nutricionales En La Embarazada Con Gestación Múltiple

Benítez Marín, M.J, Lara Ramos, A.M, Baños Cándenas, L

CASO CLÍNICO

Endometriosis de pared abdominal después de cesárea.

González S.J, Domínguez J.C, Varela C, Rodríguez J.A

Endometriosis en cicatriz de cesárea. Un problema creciente

Ruiz Sánchez E, Peinado Rodenas J, Moreno Selva R, Arones Collantes M.A,

González de Merlo G..



El Estudio Climasoy demuestra **mejoría en la sintomatología climatórica** de la mujer peri- y posmenopáusica.



El Estudio Clínico* Climasoy evaluó el impacto de la bebida de soja Vivesoy® sobre los síntomas climáticos y ha sido publicado en la revista Gynecological Endocrinology.

*Estudio Clínico aleatorizado, cruzado y abierto.



Efectos del consumo regular de bebida de soja Vivesoy®:

Reduce un
20,4%
los síntomas
climáticos

- Sofocos
- Palpitaciones
- Insomnio
- Artralgias

Disminuye un
21,3%
los síntomas
urogenitales

- Inhibición del deseo sexual
- Disuria
- Sequedad vaginal

Mejora un
18,1%
la calidad de vida
(escala MRS)

Impact of a soy drink on climacteric symptoms: an open-label, crossover, randomized clinical trial. (Gynecol Endocrinol. 2016 Jan 25:1-6)





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.

REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRIGIDA A:
Especialistas en Ginecología y Obstetricia

EDICIÓN PUBLICIDAD
91 639 59 65

INDEXADA EN:
IME, EMBASE/Excerpta Medica, Bibliomed,
Embase Alerts, Sedbase

SUSCRIPCIONES
91 639 59 65

CORRESPONDENCIA CIENTÍFICA:
Ignacio Zapardiel.
Unidad Ginecología Oncológica.
Hospital Universitario La Paz.
Paseo Castellana 261.
28046. Madrid.

TARIFAS DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

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

Correl electrónico:
mpazle@tokoginecologiapractica.com

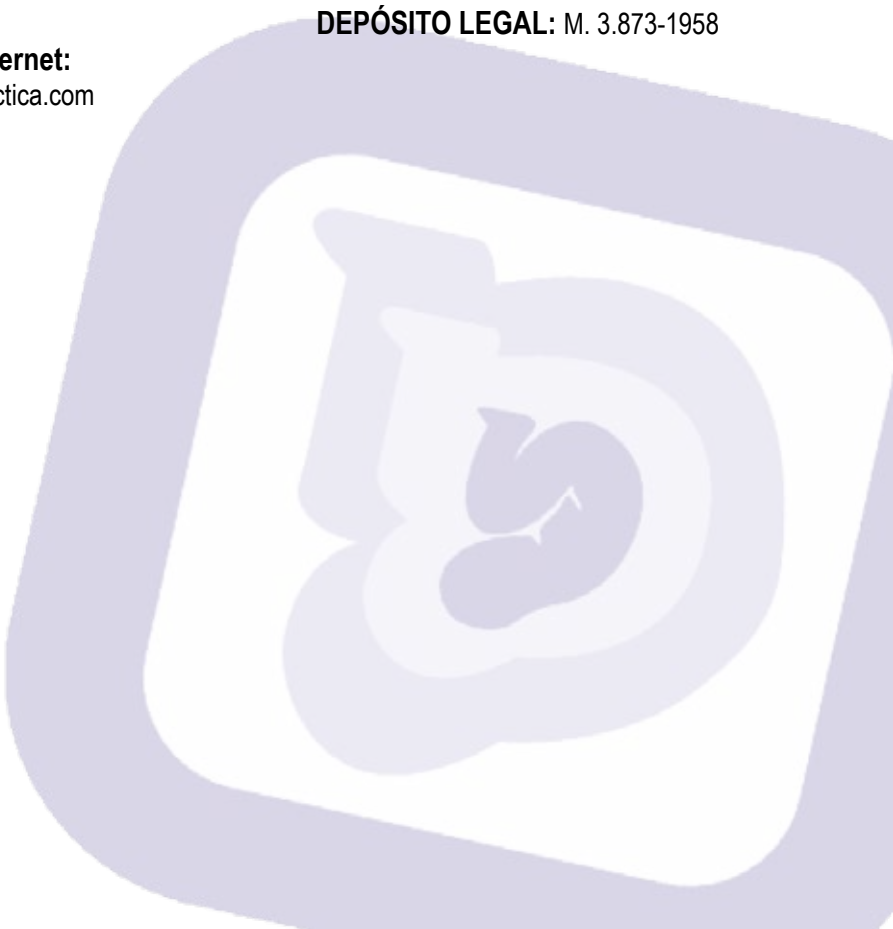
PUBLICACIÓN AUTORIZADA
como soporte válido:
Ref. SVR núm 117-R-CM

Periodicidad:
6 números al año

ISSNO: 0040-8867

Disponible en Internet:
www.tokoginecologiapractica.com

DEPÓSITO LEGAL: M. 3.873-1958





REVISTA DECANA DE LA ESPECIALIDAD

TOKO-GINECOLOGÍA PRÁCTICA

DIRECTOR HONORÍFICO

J. Cruz y Hermida

DIRECTOR CIENTÍFICO

J.M. Bajo Arenas

EDITOR JEFE

I. Zapardiel Gutiérrez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

F.J. Haya Palazuelos

COMITE CIENTÍFICO

Acien 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.
Lailla 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.

COMITE CIENTÍFICO DE HONOR

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

Dexeus Trias 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 MMXVI ♦ MAYO - JUNIO 2016 ♦ NÚMERO 746

ARTÍCULO ORIGINAL

Efecto del consumo de bebida de soja sobre los síntomas climatéricos:
Estudio CLIMASOY

Brotons, C., Moral, I, Fernández, D, Puig, M, Monteserín, R. 111

Análisis de la prolongación de la gestación, la supervivencia fetal y los
resultados perinatales en el cerclaje de emergencia.

*González Ballano I, Martínez Súnier S, Ortega Marcilla S, Rodríguez Solanilla
B, Castán Mateo, S.* 119

Impacto del diagnóstico de la infección por virus del papiloma humano
(VPH) en aspectos sexuales y psicosociales. Estudio prospectivo de un
año, comparando con la Vaginosis Bacteriana

López-Olmos, J. 125

REVISIÓN

Aspectos Dietéticos Y Nutricionales En La Embarazada Con Gestación
Múltiple

Benítez Marín, M.J, Lara Ramos, A.M, Baños Cándenas, L. 135

CASO CLÍNICO

Endometriosis de pared abdominal después de cesárea.

González S.J, Domínguez J.C, Varela C, Rodríguez J.A. 141

Endometriosis en cicatriz de cesárea. Un problema creciente

*Ruiz Sánchez E, Peinado Rodenas J, Moreno Selva R, Arones Collantes M.A,
González de Merlo G..* 146



CONTENTS

MMXVI YEARS ♦ MAY - JUNE 2016 ♦ NUMBER 746

ORIGINAL ARTICLES

The effect of soy drink consumption on climacteric symptoms: The CLIMASOY study

Brotons, C., Moral, I, Fernández, D, Puig, M, Monteserín, R. 111

Emergency cerclage: pregnancy prolongation, fetal survival and perinatal outcomes review

González Ballano I, Martínez Súnier S, Ortega Marcilla S, Rodríguez Solanilla B, Castán Mateo, S 119

Impact of the diagnostic of the human papillomavirus (HPV) infection in sexual and psicosocial aspects. Prospective study of 1 year , comparing With Bacterial Vaginosis

López-Olmos, J 125

REVIEW ARTICLES

Aspectos Dietéticos Y Nutricionales En La Embarazada Con Gestación Múltiple

Benítez Marín, M.J, Lara Ramos, A.M, Baños Cándenas, L. 135

CASE REPORTS

Endometriosis de pared abdominal después de cesárea.

González S.J, Domínguez J.C, Varela C, Rodríguez J.A 141

Cesarean scar endometriosis. Increasing problem

Ruiz Sánchez E, Peinado Rodenas J, Moreno Selva R, Arones Collantes M.A, González de Merlo G.. 146



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 la 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 sea su soporte, hoy existen y que puedan crearse en el futuro.

Artículo Original

Efecto del consumo de bebida de soja sobre los síntomas climatéricos: Estudio CLIMASOY

The effect of soy drink consumption on climacteric symptoms: The CLIMASOY study

Brotons, C.^{1,2}, Moral, I.^{1,2}, Fernández, D.^{1,2}, Puig, M.^{1,2}, Monteserín, R.^{1,2}, en nombre del grupo de investigación del estudio Climasoy

¹ Unidad de Investigación, Equip d'Atenció Primària Sardanya, Instituto de Investigación Biomédica Sant Pau (IIB-Sant Pau), Barcelona, España

² Unidad Docente ACEBA, Barcelona, España

RESUMEN

Antecedentes: Los fitoestrógenos pueden tener un efecto beneficioso sobre los síntomas como sofocos, sudoración, alteraciones del sueño y sequedad vaginal que la menopausia provoca en mujeres peri y postmenopáusicas.

Objetivo: Evaluar si el consumo regular de bebida de soja reduce la sintomatología climatérica y mejora la calidad de vida.

Material y métodos: Ensayo clínico abierto, aleatorizado, controlado y de diseño cruzado, con 6 semanas de periodo de lavado entre dos fases de estudio de 12 semanas de duración. Durante la intervención las participantes debían consumir diariamente 500mL de una bebida de soja (Vivesoy®). Se utilizó el cuestionario específico de calidad de vida Menopause Rating Scale como medida de resultados.

Resultados: Se aleatorizaron 90 mujeres (45 a la secuencia control-Vivesoy® y 45 a Vivesoy®-control).

La edad media fue de 51,6 (DE 3,3) años. Se observó una reducción significativa de un 20,4% de la sintomatología climatérica y de un 21,3% la urogenital, así como de un 18.1% en la puntuación global de calidad de vida. No se observaron cambios en las mediciones antropométricas, lipídicas, glucémicas y riesgo cardiovascular.

Conclusiones: El consumo de una bebida de soja (Vivesoy®) de forma regular es efectivo en la reducción de los síntomas climatéricos, urogenitales y mejora la calidad de vida.

Palabras clave: Fitoestrógenos, menopausia, sistema urogenital.

ABSTRACT

Background: Phytoestrogens can improve climacteric symptoms such hot flashes, diaphoresis, sleep disturbances and vaginal dryness that peri- and postmenopausal women commonly suffer.

Objective: To assess the effect of of a soy drink (ViveSoy) on climacteric symptoms and quality of life.

Methods: An open-label, controlled, crossover clinical trial with an intervention phase that lasted for 12 weeks and a 6- week washout period. Participants had to drink 500 mL daily of a soy drink (Vivesoy®). The Menopause Rating Scale was used to evaluate the outcomes.

Results: 90 women were randomized (45 in the sequences control-Vivesoy® and 45 in Vivesoy®-control). Mean age was 51,6 (SD 3,3) years. Climateric

CORRESPONDENCIA:

Dr. Carlos Brotons.

Equip d'Atenció Primària Sardanya. Sardanya 466, 08025 Barcelona.

Email: cbrotons@eapsardanya.cat

symptoms were reduced in 20,4% , urogenital symptoms in 21,3% and health-related quality of life in 18%. No changes were observed in anthropometric measures, lipids, glucose and risc cardiovascular.

Conclusions: Regular consumption of a soy drink (Vivesoy®) improves both the somatic and urogenital symptoms of menopause, as well as health-related quality of life in peri- and postmenopausal women.

Key words: Phytoestrogens, menopause, urogenital system.

INTRODUCCION

La menopausia se caracteriza por una disminución de los estrógenos en la mujer, lo que provoca una serie de síntomas poco confortables como son los sofocos, sudoración nocturna, alteraciones del sueño y sequedad vaginal. De todos estos síntomas los sofocos son los que las mujeres comentan que son los más molestos¹ y que más afectan la calidad de vida².

La terapia hormonal sustitutiva (THS) ha demostrado su efectividad en reducir los síntomas vasomotores producidos por la privación estrogénica. Los resultados del estudio Women's Health Initiative (WHI)³ mostraron que los beneficios de la THS no compensaban los posibles riesgos como el ictus, la trombosis venosa, y junto a los progestágenos, aumentaban el riesgo de cáncer de mama.

Aunque es cierto que la asociación entre THS y las enfermedades cardiovasculares se está discutiendo hoy en día con diferentes reinterpretaciones. Una revisión reciente concluye que no existe evidencia convincente sobre que el THS aumente el riesgo de enfermedades cardiovasculares en mujeres por debajo de los 65 años, tanto para estrógenos como para la combinación de estrógenos progestágenos, aunque sí que el THS aumenta el riesgo de ictus (no hemorrágicos) sobre todo las presentaciones orales⁴.

Como consecuencia del WHI, el THS se utiliza a dosis mínimas, y un corto tiempo de duración, y se buscan otras alternativas con menos efectos secundarios.

Los fitoestrógenos son compuestos presentes en algunos vegetales que tienen una estructura similar a la del estradiol, y parece que tienen un efecto estrógeno o antiestrógeno dependiendo del nivel circulante de estrógenos (cuando es alto tienen un efecto antiestrógeno, y cuando es bajo tienen un efecto estrógeno).

El presente estudio se plantea bajo la hipótesis de que un consumo regular de bebida de soja Vivesoy®, como fuente de isoflavonas, podría reducir la sintomatología climatérica en mujeres perimenopáusicas o menopáusicas y esto se traduciría en una mejora de su calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ámbito y diseño del estudio

Ensayo clínico abierto, aleatorizado, controlado y de diseño cruzado realizado para evaluar los efectos de incluir una bebida de soja ya comercializada, rica en isoflavonas, (Vivesoy®, Calidad Pascual S.A.U., España) en la dieta de mujeres peri- y postmenopáusicas.

El ensayo incluía dos fases de estudio de 12 semanas de duración y 6 semanas de periodo de lavado entre la ejecución de ambas fases, realizando visitas de estudio periódicamente cada 6 semanas desde su inicio. La asignación a las secuencias Control –Vivesoy® o Vivesoy®- Control, a razón 1:1, se realizó a partir de una lista de aleatorización diseñada en bloques de tamaño 4 generada previamente al inicio del estudio.

A todas las participantes en el estudio se les recomendó seguir una dieta equilibrada y evitar consumir otros productos y/o suplementos que contuvieran soja. Durante la fase diseñada para la intervención, las participantes debían incluir en su dieta el consumo diario de 500mL de la bebida Vivesoy® (consumo de mínimo 50 mg de isoflavonas y 15g de proteínas). Al inicio y final de cada fase de estudio se evaluaron las concentraciones de daidzeína y genisteína para controlar el consumo de isoflavonas de soja.

Las mujeres participantes en el estudio provenían de 13 centros de salud de tres comunidades autónomas: Cataluña, Andalucía y Asturias. El estudio fue aprobado por los diferentes comités éticos designados para cada centro de salud y cumplía con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las recomendaciones de la Guía para Buenas Prácticas Clínicas ICH E6.

Todas las participantes fueron informadas del objetivo del estudio y firmaron el consentimiento informado.

Participantes

La población de estudio fueron las mujeres mayores de 44 años perimenopáusicas o postmenopáusicas según la definición establecida en los criterios del Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW) sobre las etapas de envejecimiento reproductivo⁶, con síntomas climatéricos como sofocos y/o sudoraciones y que no fueran consumidoras habituales de alimentos o suplementos que contuvieran soja.

No se permitía la participación en el estudio si cumplía alguna de las siguientes condiciones: haber recibido tratamiento hormonal sustitutivo en el último semestre, histerectomía y/o ooforectomía, alergias o intolerancias alimentarias a la leche de vaca y/o soja, veganismo estricto, índice de masa corporal superior a 35 kg/m², antecedentes de enfermedad cardiovascular, intestinal o hepática, diabetes, cáncer y/o adicción a sustancias tóxicas (drogas y/o alcohol).

Tamaño muestral

Se estimó que, en mujeres menopáusicas, el consumo regular de proteínas o isoflavonas de la soja podría reducir la aparición de síntomas climatéricos hasta un 30%⁷. Asumiendo un desviación estándar de 1,2, un nivel de significación del 5%, un poder estadístico del 90% y un porcentaje estimado de pérdidas del 20%, el tamaño muestral inicial estimado fue de 152 pacientes.

Variables de estudio

La variable principal de resultados fue la presencia de síntomas climatéricos y se registró a través del cuestionario específico de calidad de vida Menopause Rating Scale (MRS)⁸⁻¹⁰. El cuestionario MRS consta de 11 preguntas con 5 opciones de respuesta en una escala de tipo Likert, que puntúan entre 0 y 4 y se resume en una puntuación global y en tres dimensiones, que son: somática (afectación por síntomas climatéricos), psicológica (alteraciones del estado de ánimo) y urogenital (afectación sexual y de la función urinaria). Puntuaciones altas registradas en el cuestionario se asocian con peor calidad de vida relacionada con la salud.

Otras variables registradas fueron valores antropométricos y analíticos (colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, proteína C reactiva, glucosa, hemoglobina glucosilada, producción de S-equol^{11,12}, y metabolitos de resorción ósea), la calidad de vida relacionada con la salud evaluada a partir de un instrumento genérico como es el Short Form Health Survey¹³ (SF-12) y el riesgo cardiovascular evaluado según las tablas SCORE^{14,15}. Adicionalmente, se registraron los hábitos dietéticos de las participantes al finalizar cada periodo de estudio a través de una entrevista estructurada.

Todas las mujeres fueron instruidas por sus médicos a seguir una dieta equilibrada sin productos basados en soja. La adherencia al tratamiento, en este caso al consumo de la leche de soja durante la fase de intervención, se evaluó utilizando una adaptación del cuestionario de Haynes-Sackett¹⁶ y haciendo el recuento del número de envases de leche consumidos durante la fase de intervención.

Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en las poblaciones por intención a tratar (ITT) y por protocolo (PP). La población ITT estaba compuesta por todas las participantes en el estudio con registro válido de la variable principal de resultados al inicio y final de cada fase de estudio (dimensión somática del cuestionario MRS). La población PP estaba compuesta por el subgrupo de la población ITT que no presentaran desviaciones mayores del protocolo, definidas como consumo de menos del 80% de la bebida de soja durante la fase de intervención y/o realizar las visitas programadas de estudio fuera de ventana.

Se evaluó la asociación entre variables categóricas utilizando la prueba de Ji-Cuadrado. Para evaluar la relación entre variables continuas y categóricas se utilizaron la prueba t de Student para datos independientes y el análisis de la varianza o sus equivalentes no paramétricos mediante la prueba de Wilcoxon y Kruskal-Wallis, dependiendo de la naturaleza de las variables analizadas.

El cambio en la variable principal de resultados se analizó a través de un modelo de efectos mixtos, que tenía en cuenta los efectos de la secuencia de estudio asignada, el tiempo de consumo, la variabilidad interindividuo, y los valores basales.

Todos los análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico SAS® (v9.3), fijando el umbral de nivel de significación estadística en el 5%.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 147 voluntarias entre Enero y Junio de 2012, de las cuales fueron excluidas 57 ya sea por abandono del estudio o porque no cumplieron los criterios de selección. En total, se aleatorizaron 90 mujeres a un grupo de secuencias (45 al grupo 1: control – Vivesoy® y 45 al grupo 2: Vivesoy® – control). De ellas, 60 mujeres formaron la población PP (Figura 1).

Tanto las características demográficas, antropométricas y clínicas (Tabla 1), así como las analíticas basales (Tabla 2), fueron homogéneas en los dos grupos de secuencia, sin observarse diferencias significativas.

La edad osciló entre los 45 y 62 años, con una edad media de 51,6 (± DE 3,3) años. El IMC medio fue de 26,12 (±DE 3,80) kg/m².

Los resultados de las encuestas de seguimiento mostraron que en el grupo 1 (control - Vivesoy®) un 77,3% habían realizado la dieta equilibrada correctamente durante la fase de control y un 73,3% durante la fase Vivesoy® (p=0,8067). En el grupo 2 (Vivesoy® – control) un 66,7% siguió la dieta equilibrada correctamente durante la fase Vivesoy® y un 65,9% durante la fase control (p=1,0000). En cuanto a la adherencia al

Tabla 1. Datos demográficos, antropométricos y características clínicas basales.			
	Control – Vivesoy®	Vivesoy®-control	Valores de p
Datos demográficos			
Edad (años): media (DE)	51,5 (3,5)	51,8 (3,1)	0,5665
Datos antropométricos			
IMC; media (DE)	25,55 (3,22)	26,70 (4,26)	0,3617
Sobrepeso u obesidad; n (%)	26 (57,8)	24 (53,3)	0,6714
Circunferencia de la cintura (cm); media (DE)	83,0 (9,4)	87,0 (12,2)	0,0997
Estilos de vida y hábitos			
Tabaquismo			0,5749
Ex – fumadora < 5 años; n (%)	1 (2,2)	3 (6,7)	
Fumadora; n (%)	15 (33,3)	12 (26,7)	
No fumadora/exfumador de > 5 años; n (%)	29 (64,4)	30 (66,7)	
Actividad física			0,2244
Enérgica; n (%)	2 (4,4)	1 (2,2)	
Ligera; n (%)	21 (46,7)	29 (64,4)	
Moderada; n (%)	22 (48,9)	15 (33,3)	
Datos clínicos			
PAS (mmHg); media (DE)	120,5 (13,3)	123,6 (14,1)	0,4164
PAD (mmHg); media (DE)	74,7 (9,1)	77,3 (9,7)	0,2607
Riesgo cardiovascular			
Puntuación SCORE; media (DE)	0,52 (0,44)	0,56 (0,38)	0,5680
Cuestionario SF-12 de calidad de vida			
Componente de salud mental (MCS); media (DE)	45,56 (9,65)	43,07 (10,86)	0,3664
Componente de salud física (PCS); media (DE)	46,81 (10,39)	45,00 (10,26)	0,2202
DE, desviación estándar; IMC, índice de masa corporal; UA, unidad de alcohol; Kcal, kilocaloría; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; MRS, Escala de Puntuación de la Menopausia (<i>Menopause Rating Scale</i>).			

Tabla 2. Datos analíticos basales.			
	Control – Vivesoy®	Vivesoy®-control	Valores de p
Datos de laboratorio			
Glucosa (mg/dl); media (DE)	88,8 (8,4)	89,6 (9,7)	0,5302
Colesterol (mg/dl); media (DE)	233,5 (33,1)	241,6 (31,6)	0,2788
Triglicéridos (mg/dl); media (DE)	98,3 (53,2)	104,9 (48,1)	0,2307
Colesterol HDL (mg/dl); media (DE)	66,4 (15,2)	64,4 (11,7)	0,7111
Colesterol LDL (mg/dl); media (DE)	147,4 (29,7)	156,1 (29,3)	0,1930
Hemoglobina A1c (%); media (DE)	5,51 (0,28)	5,43 (0,37)	0,0985
Índice aterogénico; media (DE)	3,67 (0,88)	3,87 (0,84)	0,2182
LDL, lipoproteína de baja densidad (en inglés Low density lipoprotein); HDL, lipoproteína de alta densidad (en inglés High density lipoprotein).			

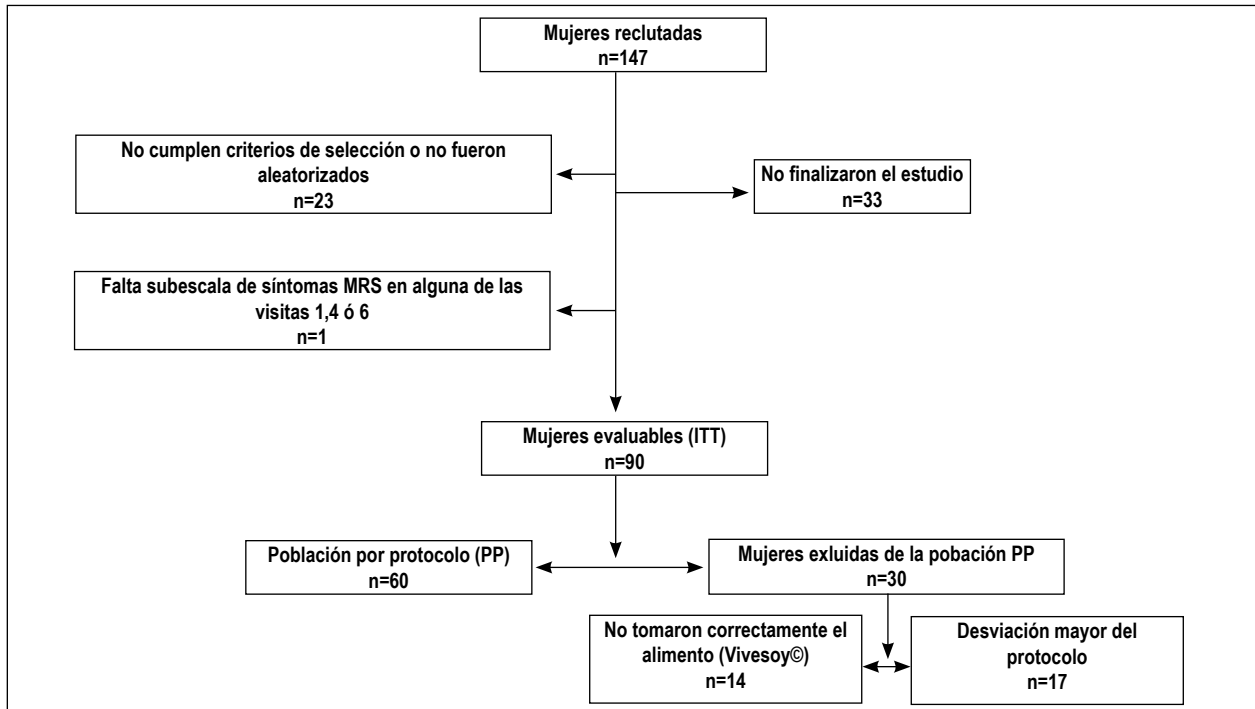


Figura 1: Diagrama de flujo de la disposición de las participantes y de las poblaciones de análisis del estudio.

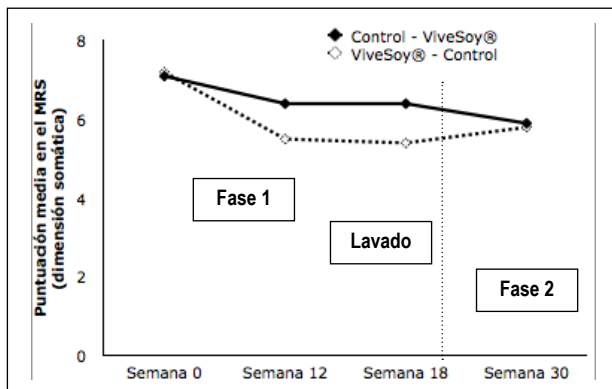


Figura 2: Cambios en la dimensión somática del cuestionario MRS.

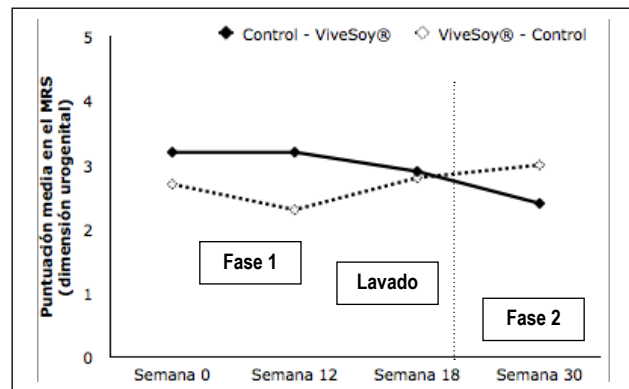


Figura 3: Cambios en la dimensión urogenital del cuestionario MRS.

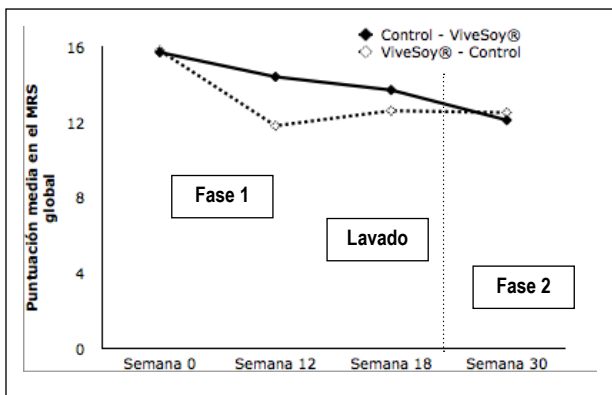


Figura 4: Cambios en la puntuación total del cuestionario MRS.

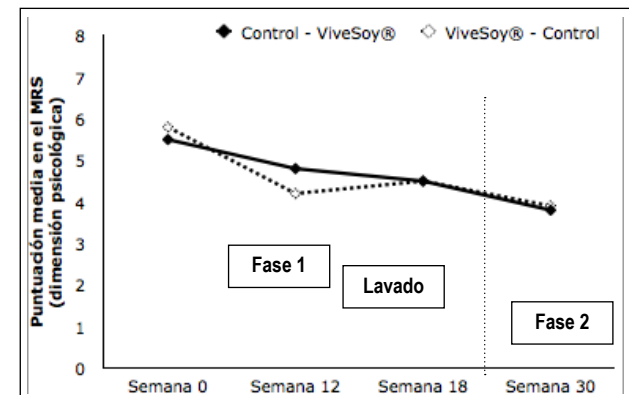


Figura 5: Cambios en la dimensión psicológica del cuestionario MRS.

consumo regular de la bebida de Soja durante la fase de Vivesoy®, independientemente de la secuencia, fue de un 66,7% ($p=1,000$).

En relación a la sintomatología climática durante las fases Vivesoy®, tanto para el grupo 1 como para el 2, se observó un descenso significativo de las puntuaciones de los mismos, mientras que en los periodos de lavado permanecieron estables.

En la fase Vivesoy®, la reducción porcentual media de los signos climaterios fue de un 4,4% en el grupo 1 (control - Vivesoy®) y de un 25% en el grupo 2 (Vivesoy® – control) (Figura 2). Los resultados del modelo de efectos mixtos en relación al efecto que tuvo la bebida de soja sobre los síntomas climaterios fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$), independiente del orden de secuencia que se hubiese consumido la bebida de soja ($p = 0,479$). El consumo regular de la bebida de soja Vivesoy® durante las 12 semanas, redujo los síntomas climatéricos en un 20,4%.

En relación con los síntomas urogenitales (Figura 3) el consumo regular de la bebida de soja se asoció con una reducción del 21,3% de los síntomas, siendo estadísticamente significativa ($p=0,019$). En cuanto al análisis de los resultados del modelo de efectos mixtos, el consumo regular de la bebida de soja Vivesoy®, mejoró la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres, independiente del orden del consumo de la bebida en secuencia. Las puntuaciones totales del cuestionario disminuyeron en un 18,1% al consumir Vivesoy® ($p = 0,005$) (Figura 4).

No se observaron cambios significativos en las puntuaciones de la subescala psicológica del MRS ($p = 0,205$) (Figura 5), ni tampoco en las puntuaciones de las dimensiones de la salud mental (MCS) y física (PCS) del cuestionario SF-12 al consumir la bebida Vivesoy® (MCS, $p = 0,196$; PCS, $p = 0,900$).

El consumo regular de la bebida de soja Vivesoy® durante las 12 semanas no causó ningún cambio estadísticamente significativo en las mediciones antropométricas, perfil lipídico, glicemia y riesgo cardiovascular. En el análisis PP se observaron resultados similares.

DISCUSIÓN

En el presente estudio hemos observado que un producto comercializado de bebida de soja es efectivo en la reducción de los síntomas climatéricos, en la reducción de los síntomas urogenitales, y en la calidad de vida evaluada globalmente con el MRS, aunque no con el cuestionario genérico de calidad de vida SF-12. Estos resultados son consistentes con los resultados observados de diferentes estudios que han demostrado que las

isoflavonas a diferentes dosis son capaces de reducir los síntomas menopáusicos¹⁷⁻²¹, aunque una revisión Cochrane posterior a esos estudios mostró que no existía evidencia concluyente que mostrara que los suplementos de fitoestrógenos redujeran la frecuencia o severidad de los sofocos y las sudoraciones nocturnas en mujeres peri o postmenopáusicas²².

Sin embargo, otra revisión sistemática y metaanálisis más reciente concluye que los fitoestrógenos parece que reducen los sofocos, sin presentar efectos adversos importantes²³.

Estos datos contradictorios pueden ser debidos a múltiples factores incluyendo diferencias en los criterios de inclusión, tipos y dosis de fitoestrógenos consumidos, falta de un grupo control apropiado y diferencias en las variables de resultado utilizadas.

Otro de los hallazgos de nuestro estudio fue el efecto sobre la dimensión urogenital que también mejoró durante la fase de intervención con la bebida enriquecida con soja.

Un estudio realizado en mujeres en Tailandia mostró que la dieta enriquecida con soja no tiene ningún efecto sobre los síntomas urogenitales²⁴. En nuestro caso, al darse de forma líquida, y contener, además de los 50 mg de isoflavonas, 15 gramos de proteínas, podría especularse que fueran éstas las que pudieran influir en la esfera urogenital. También se podría especular que dado que la bebida estudiada contiene un 15% de vitamina A, podría tener un efecto sobre las células mucosas y epiteliales. Una revisión sistemática reciente²⁵ observó que las isoflavonas pueden disminuir los síntomas relacionados con la atrofia vaginal en mujeres menopáusicas, aunque los autores reconocen que los efectos beneficiosos son inciertos debido a la alta heterogeneidad de los estudios incluidos en la revisión.

Estudios clínicos y preclínicos han mostrado que las isoflavonas provocan una reducción del colesterol así como inhiben la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad²⁶. Sin embargo en nuestro estudio no observamos diferencias en el perfil metabólico o lipídico ni cambios en el riesgo cardiovascular. Esto puede ser debido al corto tiempo durante el cual las mujeres estuvieron consumiendo soja, o bien por el tamaño muestral, seguramente insuficiente para observar cambios.

Este ensayo clínico tiene algunas limitaciones que merecen ser comentadas. Por una parte se trata de un estudio abierto, por lo que las mujeres sabían en qué grupo estaban en cada momento, por lo que el efecto placebo no puede descartarse, y de hecho, observamos por ejemplo una reducción de los síntomas climatéricos en la primera fase tanto en el grupo intervención como en el control. Asimismo, como ya se ha comentado, las

mujeres finalmente aleatorizadas fueron 90, una muestra probablemente insuficiente para observar diferencias significativas en algunos parámetros, como el lípido.

Como conclusión, en este estudio se ha demostrado los efectos beneficiosos de una bebida de soja (Vivesoy®) sobre los síntomas climatéricos y sobre los síntomas urogenitales en las mujeres menopáusicas, así como sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

BILBIOGRAFÍA

1. Avis N E , S tellato R , C rawford S , e t a l . I s there a menopausal syndrome? Menopausal status and symptoms across racial/ethnic groups . Soc Sci Med 2001 ; 52 : 345 – 56)
2. Oldenhave A , Jaszmann LJ , Haspels AA , Everaerd WT . Impact of climacteric on well-being. A survey based on 5213 women 39 to 60 years old . Am J Obstet Gynecol 1993 ; 168 : 772 – 80).
3. Rossouw JE , Anderson GL , Prentice RL , et al . Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial . JAMA 2002 ; 288 : 321 – 33).
4. NICE Menopause: diagnosis and management NICE guideline Published: 12 November 2015 nice.org.uk/guidance/ng23
5. Bedell S , N achtigal M , N aftolin F . T he pros and cons of plant estrogens for menopause . J Steroid Biochem Mol Biol 2014 ; 139 : 225 – 36 .
6. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, Sluss PM, de Villiers TJ; STRAW 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Menopause. 2012 Apr;19(4):387-95.
7. Albertazzi P, Pansini F, Bonaccorsi G, Zanotti L, Forini E, De Aloysio D. The effect of dietary soy supplementation on hot flushes. Obstet Gynecol. 1998 Jan;91(1):6-11.
8. Hauser GA, Huber IC, Keller PJ, Lauritzen C, Schneider HP. [Evaluation of climacteric symptoms (Menopause Rating Scale)] Zentralbl Gynakol 1994;116:16-23.
9. Heinemann LA, Potthoff P, Schneider HP. International versions of the Menopause Rating Scale (MRS). Health Qual Life Outcomes 2003;1:28.
10. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P, et al. The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. Health Qual Life Outcomes 2004;2:45.
11. Cassidy A. Dietary phyto-oestrogens: molecular mechanisms, bioavailability and importance to menopausal health. Nutr Res Rev 2005;18:183-201.
12. Liu ZM, Ho SC, Woo J, Chen YM, Wong C. Randomized controlled trial of whole soy and isoflavone daidzein on menopausal symptoms in equol-producing Chinese postmenopausal women. Menopause 2014;21:653-60.
13. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care 1996;34:220-33.
14. Conroy R, Pyörälä K, Fitzgerald T, et al. Estimation of ten-year risk of fatal CVD in Europe: the SCORE Project. Eur Heart J 2003;24:987-1003.
15. DeBacker G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, et al. Third Joint Task force of European and other Societies on CVD Prevention in Clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). European guidelines on CVD prevention in clinical practice. Eur J Cardiovascular Prev Rehabil 2003;10:1-78. Fourth Joint Task force of European and other Societies on CVD Prevention in Clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovase Prev Rehabil 2007;14:S1-113.
16. MacGregor CA, Canney PA, Patterson G, et al. A randomised double-blind controlled trial of oral soy supplements versus placebo for treatment of menopausal symptoms in patients with early breast cancer. Eur J Cancer 2005;41:708-14.
17. Upmalis,D.H., Lobo,R., Bradley,L., Warren,M., Cone,F.L., Lamia,C.A., Vasomotor symptom relief by soy isoflavone extract tablets in postmenopausal women: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study. [Erratum appears in Menopause 2000 Nov-Dec;7(6):422], Menopause, 7, 236-242, 2000
18. Faure,E.D., Chantre,P., Mares,P., Effects of a standardised soy extract on hot flushes: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study, Menopause, 9, 329-334, 2002
19. Han KK1, Soares JM Jr, Haidar MA, de Lima GR, Baracat EC. Benefits of soy isoflavone therapeutic regimen on menopausal symptoms. Obstet Gynecol. 2002 Mar;99(3):389-94.

1. Cheng G1, Wilczek B, Warner M, Gustafsson JA, Landgren BM. Isoflavone treatment for acute menopausal symptoms. *Menopause*. 2007 May-Jun;14(3 Pt 1):468-73).
2. Albertazzi,P., Pansini,F., Bonaccorsi,G., Zanotti,L., Forini,E., De,AloysioD, The effect of dietary soy supplementation on hot flushes, *Obstetrics and Gynecology*, 91, 6-11, 1998.
3. Phytoestrogens for menopausal vasomotor symptoms. Lethaby A, Marjoribanks J, Kronenberg F, Roberts H, Eden J, Brown J. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 10; 12:CD001395. Epub 2013 Dec 10.
4. Chen MN, Lin CC, Liu CF. Efficacy of phytoestrogens for menopausal symptoms: a meta-analysis and systematic review. *Climacteric*. 2015 Apr; 18(2):260-9. Epub 2014 Dec 1.
5. Manonai J, Songchitsomboon S, Chanda K, Hong JH, Komindr S. The effect of a soy-rich diet on urogenital atrophy: A randomized, cross-over trial. *Maturitas* 54 (2006) 135–140.
6. M. Ghazanfarpour, R. Sadeghi & R. Latifnejad Roudsari (2015) The application of soy isoflavones for subjective symptoms and objective signs of vaginal atrophy in menopause: A systematic review of randomised controlled trials. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2015, DOI: 10.3109/01443615.2015.1036409.
7. Lissin LW, Cooke JP. Phytoestrogens and cardiovascular health. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35(6):1403-10.

Artículo Original

Análisis de la prolongación de la gestación, la supervivencia fetal y los resultados perinatales en el cerclaje de emergencia

Emergency cerclage: pregnancy prolongation, fetal survival and perinatal outcomes review

González Ballano I, Martínez Súñer S, Ortega Marcilla S, Rodríguez Solanilla B, Castán Mateo, S.

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

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prolongación media de la gestación en semanas, desde la realización de un cerclaje de emergencia hasta la fecha de parto. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre gestantes, con incompetencia cervical a las que se realizó un cerclaje de emergencia y cumplían los criterios de inclusión. **Resultados:** la edad gestacional media al parto fue de $29 \pm 6,63$ semanas ($15+3 - 41+3$ semanas) consiguiendo un total de 12 partos (31,57%) por encima de la semana 32 y una prolongación media de la gestación de 7,47 semanas. La supervivencia fetal en gestaciones únicas fue del 70,37% y en múltiples del 73,91%. El 52,77% de los recién nacidos precisaron de ingreso en UCI neonatal. Fallecieron 6 (16,66%), siendo la causa fundamental la insuficiencia respiratoria secundaria a la displasia broncopulmonar que padecían por su prematuridad. **Conclusión:** los datos disponibles en la literatura acerca de este procedimiento y sus resultados son discrepantes tanto en lo que refiere a la supervivencia como a las semanas de prolongación de la gestación.

Pese a la controversia existente, encontramos resultados alentadores para establecer que es una alternativa válida en los casos que presentan acortamiento cervical importante y dilatación cervical avanzada, a partir del alto porcentaje de supervivencia neonatal obtenido.

Palabras clave: Cerclaje de emergencia. Incompetencia cervical. Prolongación gestacional. Supervivencia fetal

ABSTRACT

Objective: To determine the average gestation prolongation in weeks, since emergency cerclage until delivery date, considering the different parameters (cervical dilatation, cervical length and prolapsed membranes) that may be associated with that prolongation. **Material and methods:** observational, descriptive and retrospective study of pregnant women with cervical incompetence who fulfilled inclusion criteria and an emergency cerclage was performed. **Results:** The mean gestational age at delivery was $29 \pm 6,63$ weeks ($15+3-41+3$ weeks) achieving over 32 weeks of gestation 12 deliveries (31,57%) and an average prolongation of gestation of 7,47 weeks. Fetal survival in singleton pregnancies was 70,37% and 73,91% in multiple pregnancies. 52,77% of newborns required admission to neonatal intensive care unit. Six newborns died (16,66%). The main cause was the respiratory insufficiency because of the bronchopulmonary dysplasia and its prematurity. **Conclusion:** the information available in the literature about this procedure and its results are discrepant as to survival and gestation prolongation. Despite the differences, in our hospital we think it is a

CORRESPONDENCIA:

Dra. Isabel González Ballano

Hospital Universitario Miguel Servet. Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Paseo Isabel La Católica 1-3

50009 Zaragoza. España.

0034 976 76 55 00

igonzalezballano@gmail.com

valid alternative in cases with short cervical length and cervical dilatation, due to the high fetal survival rate reached.

Key words: Emergency cerclage. Cervical incompetence. Gestation prolongation. Fetal survival

INTRODUCCIÓN

La incompetencia cervical es un cuadro clínico obstétrico, al cual se le atribuye el papel de provocar abortos tardíos y partos inmaduros/ prematuros. Esta entidad se caracteriza por dilatación cervical indolora en el segundo trimestre o principios del tercero, acompañada o no de prolapso de las membranas amnióticas hacia la vagina, seguida de ruptura de éstas y expulsión de un producto inmaduro.¹ La incidencia se ha estimado entre 0,5 y 1% de los embarazos y representa el 10% de las causas de los partos pretérmino. Consiste en la incapacidad del esfínter cervical interno uterino para mantener el embarazo, el que cede progresivamente a la fuerza de la gravedad y a la presión hidrostática de la bolsa amniótica.²

Durante la gestación se ha propuesto tratamiento médico (reposo, abstinencia sexual y administración de tocolíticos o de progesterona) y tratamiento quirúrgico (cerclaje cervical).³ El cerclaje es una intervención quirúrgica que consiste en colocar una sutura en el cérvix uterino para impedir su dilatación pasiva en estas pacientes, con el objeto de llevar el embarazo hasta una edad gestacional viable.

Las pacientes con historia clínica documentada y característica de incompetencia cervical, se beneficiarían del cerclaje cervical electivo entre las 13-16 semanas de gestación. Sin embargo, en los casos de incompetencia cervical tardía son escasas las opciones terapéuticas, pudiendo entonces realizar un cerclaje de emergencia. El éxito de esta técnica es muy variable y sus indicaciones muy discutidas, por lo que hay una discrepancia de resultados extraordinaria entre los distintos informes, estudios y publicaciones acerca de esta técnica. Asimismo, en la bibliografía, de forma frecuente no se describen los criterios diagnósticos empleados y la casuística se define en función de las distintas etiologías que motivan la aplicación del cerclaje, y no constan los resultados perinatales obtenidos.⁴ En la bibliografía revisada no se han publicado datos acerca de los resultados perinatales. Únicamente algunos estudios hacen referencia a las tasas de prematuridad obtenidas.⁵⁻¹⁴

El objetivo de este estudio es determinar la prolongación media de la gestación en semanas, desde la realización de un cerclaje de emergencia hasta la fecha de parto, considerando los diferentes parámetros (dilatación

cervical, longitud cervical y prolapso de membranas) que pueden asociarse a dicha prolongación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo sobre gestantes, con embarazo único o múltiple y diagnóstico de incompetencia cervical, con edad gestacional entre las 14+3 y 27+5 semanas, a las que se les realizó un cerclaje de emergencia en el período de estudio comprendido entre enero de 2009 y diciembre de 2011, ambos inclusive, en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Durante el período temporal analizado, se asistieron en este centro hospitalario terciario 13483 partos; Se realizaron 40 cerclajes de emergencia que representan un 0,29% de los nacimientos registrados. En el estudio final se incluyeron 38 pacientes.

Únicamente se incluyeron en el estudio las gestantes que presentaban un acortamiento cervical con longitud cervical inferior a 25 mm y/o dilatación cervical mayor o igual a 1cm en la exploración física asociando o no prolapso de membranas amnióticas en vagina en ausencia de dinámica uterina y signos clínicos de corioamnionitis. Se excluyeron las pacientes a las que a pesar de haberse realizado el cerclaje de emergencia en nuestro centro, el parto no tuvo lugar en él, si había feto muerto anteparto previo al ingreso en el centro, diagnóstico de corioamnionitis clínica y/o analítica y pacientes con dinámica uterina establecida.

En todas las gestantes incluidas en el estudio se siguió el mismo protocolo: ingreso en planta de Medicina Materno Fetal, analítica sanguínea (serie blanca, serie roja y proteína C reactiva) para descartar corioamnionitis, tocólisis con indometacina 100 mg/12 horas vía rectal y maduración pulmonar fetal con corticoesteroides (betametasona) si edad gestacional mayor de 24 semanas. En caso de exposición de membranas se realizó profilaxis antibiótica previa y posteriormente al cerclaje.

El cerclaje de emergencia se realizó con la paciente en posición de Trendelenburg y realizando inicialmente una asepsia cuidadosa del campo quirúrgico. Se traccionó del cérvix uterino con pinzas de Foerster y en caso de membranas prolapsadas se redujeron con una torunda o sonda de Foley. La técnica empleada para el cerclaje fue la de McDonald, utilizando una cinta de Mersilene®. En el postoperatorio se continuó con la tocólisis con indometacina y reposo.

De cada gestante a la que se le había realizado un cerclaje de emergencia se recopiló información acerca de un conjunto de variables que se clasificaron en: a) Características epidemiológicas generales y antecedentes: edad materna en la fecha de parto,

paridad, historia de abortos previos de primer trimestre, historia de pérdidas fetales en 2º trimestre, historia de parto pretérmino, antecedente de feto muerto anteparto, procedencia (española o extranjera), gestación actual única o múltiple. b) Factores predictores de evolución: membranas amnióticas prolapsadas en vagina, dilatación cervical: sin dilatación, 1-2 cm ó ≥ 3 cm, longitud cervical: ≤ 15 mm y > 15 mm, edad gestacional al cerclaje. c) Finalización de la gestación: edad gestacional al parto, tipo de parto (eutócico, instrumental o cesárea), porcentaje de parto vaginal, prolongación de la gestación en semanas, corioamnionitis confirmadas histológicamente. d) Resultados perinatales: peso en gramos al nacimiento, sexo, pH de cordón, puntuación de Apgar al minuto y a los cinco minutos, supervivencia fetal. e) Indicadores de morbilidad neonatal: necesidad de ingreso en UCI Neonatal, necesidad de intubación orotraqueal, necesidad de técnicas de Reanimación Cardio-Pulmonar, presencia de convulsiones, hemorragia intraventricular, encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, éxitus.

Todo este análisis estadístico de los datos se realiza con la aplicación informática Statistics Process Social Sciences (SPSS) 15.0 para Windows Versión 15.0.1 (22 Nov 2006)

RESULTADOS

En cuanto a las características maternas, la media de edad fue de 32,84 años (rango 20-42 años). El 55,26% fueron pacientes de procedencia extranjera (21 de los 38 casos). Respecto a la paridad, el 36,84% de la muestra habían tenido al menos un parto anteriormente. El 71,05% de las pacientes presentaban una gestación única. De las 11 gestaciones múltiples, 10 de ellas eran gemelares y 1 triple.

Carecían de antecedentes obstétricos de interés un 44,74% de las gestantes, siendo el 23,68% de ellas primigestas. Del total de pacientes que presentaban algún antecedente, un 39,48% habían presentado uno o más abortos de primer trimestre. Hubo además, 3 casos de pérdidas fetales en segundo trimestre, un caso de parto pretérmino, un caso pérdida fetal de segundo trimestre más parto pretérmino y un caso de feto muerto anteparto.

Hubo 21 casos (55,26%) de prolapso de membranas amnióticas. Respecto a la dilatación cervical se dividieron en tres grupos: sin dilatación, 1-2 cm y 3 ó más cm de dilatación, presentando 26 gestantes (68,42%) algún grado de dilatación. En cuanto a la longitud cervical (LC) se dividieron en dos grupos: LC inferior o igual a 15mm y LC superior a 15mm. (Tabla 1).

La edad gestacional media al cerclaje fue de $21,6 \pm 3,14$ semanas.

Se analizó si la presencia o no de prolapso de membranas amnióticas, el grado de dilatación cervical o la longitud cervical influye, a pesar de la realización del cerclaje de emergencia, en tener un parto prematuro antes o después de la semana 32. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ni para el grado de dilatación cervical ni de longitud cervical ni para la presencia o no de prolapso de bolsa amniótica ($p = 0,274$; $p = 0,163$ y $p = 0,658$, respectivamente). Se calcularon las odds ratio para una LC ≤ 15 mm y el prolapso de bolsa amniótica, con resultado de OR 2,71 y OR 1,36, respectivamente. (Tabla 1).

La edad gestacional media al parto fue de $29 \pm 6,63$ semanas (15+3 – 41+3 semanas) consiguiendo un total de 12 partos (31,57%) por encima de la semana 32 y una prolongación media de la gestación de 7,47 semanas.

Si dividimos en dos grupos las gestaciones, se obtuvo una prolongación media de la gestación en embarazos únicos de 8,42 semanas y de 6,53 semanas en embarazos múltiples.

Es importante también analizar a que edad gestacional se produjo el parto. Se contabilizaron 9 abortos de segundo trimestre (23,68%), definiéndose como tal la expulsión del producto de la gestación con un peso inferior a 500 gramos y/o menos de 24 semanas de gestación. A partir de la semana 24, que marca el periodo de viabilidad fetal, hubo 10 partos (26,32%) entre semana 24-28, 7 (18,43%) entre la semana 28 y 32 y 12 partos (31,57%) a una edad gestacional igual o superior a 32 semanas.

La tasa de cesáreas en la muestra estudiada fue del 21,06% ($n=8$). El 57,88% ($n=22$) corresponden a partos

Tabla 1. Variables analizadas y grado de significación estadística

		Nº pacientes (%)	Parto > 32 sem	p
Dilatación cervical (cm)	Sin dilatación	14 (36,85%)	6	0,274
	1-2	15 (39,47%)	5	
	≥ 3	9 (23,68%)	1	
Longitud cervical (mm)	≤ 15	25 (65,79%)	6	0,163
	> 15	13 (34,21%)	6	
Prolapso bolsa amniótica	Sí	21 (55,26%)	6	0,658
	No	17 (44,74%)	6	

vaginales: 47,36% ($n=18$) a partos eutócicos, 2,63% ($n=1$) a parto de nalgas del primer gemelo y parto eutócico del segundo gemelo y el resto a instrumentaciones ($n=3$), todas ellas vacuoextracciones (7,89%). Se objetivaron 15 casos

de corioamnionitis subclínica (39,47%), diagnosticados posteriormente a la realización del cerclaje. Todos los casos fueron confirmados posteriormente por anatomía patológica, con inflamación aguda de las membranas placentarias (corioamnionitis) o del cordón umbilical (funisitis).

En la tabla 2 se muestran los resultados del estudio descriptivo acerca de las diferentes variables de resultados perinatales.

La supervivencia fetal en gestaciones únicas fue del 70,37%. Del total de 27 gestaciones únicas nacieron a partir de la semana 24, 19 RN vivos y 2 fetos muertos

grado I y 5 presentaron una HIV grado II, evolucionando en 2 casos a grado IV masiva. Estos dos RN desarrollaron convulsiones secundarias a la HIV. No hubo ningún caso de encefalopatía hipóxico-isquémica. A pesar de las sospechas clínicas de corioamnionitis y su confirmación histológica posterior, sólo 4 (11,11%) RN desarrollaron una sepsis neonatal confirmada en los hemocultivos. Fallecieron 6 RN (16,66%), siendo la causa fundamental la insuficiencia respiratoria secundaria a la displasia broncopulmonar que padecían por su prematuridad. Uno de ellos falleció a los cinco minutos de vida y el resto a los 2, 10, 20, 95 y 190 días de vida. (Tabla 3). La edad media al alta de la UCI neonatal fue de 62,93 días y el peso medio 2103,33 gramos.

DISCUSIÓN

Los datos disponibles en la literatura acerca de este procedimiento y sus resultados son discrepantes tanto en lo que refiere a la supervivencia como a las semanas de prolongación de la gestación.¹⁵ En la serie de Caruso⁵ (n=23) se realizaron los cerclajes urgentes con membranas protruyentes en embarazadas entre las semanas 17 y 27 (media,

22); se prolongó la gestación una media de 4 semanas y nacieron vivos un 46% de los fetos. Benifla⁶ (n=34) consiguió prolongar la gestación 13,9 semanas. En su serie, la supervivencia neonatal fue del 86,5%. Olatunbosum y Dick⁷ consiguieron una supervivencia fetal del 83,3% y una prolongación media de 10,6

anteparto. Respecto a las gestaciones múltiples la supervivencia fetal fue del 73,91%, obteniéndose 17 RN vivos, 1 feto muerto anteparto y 2 abortos de segundo trimestre (uno gemelar y uno triple). La supervivencia global es del 72%.

El total de recién nacidos (RN) vivos en este período fue de 36. El 52,77% (n=19) precisaron de ingreso en la UCI neonatal. La intubación orotraqueal fue precisada por 9 RN (25%) y 7 de ellos (19,44%) requirieron maniobras de reanimación cardiopulmonar. Presentaron una hemorragia intraventricular (HIV) en diferente grado el 16,66% (n=6): 1 tuvo una HIV

	Gestación única	Gestación gemelar
Peso medio (gr)	1926,67 ± 1035,883	1516,67 ± 753,92
pH cordón	7,2961 ± 0,063	Gemelo1 7,3213 ± 0,047 Gemelo2 7,2811 ± 0,070
Sexo	♀ 13 (68,42%) ♂ 6 (31,58%)	♀ 9 (52,94%) ♂ 8 (47,06%)
Apgar	<3 1 (5,26%) 1' <7 7 (36,85%) ≥ 7 11 (57,89%) <7 1 (5,26%) 5' 5' ≥ 7 18 (94,74%)	Gemelo 1 <3 0 1' <7 1 (12,5%) ≥ 7 7 (87,5%) <7 0 5' 5' ≥ 7 8 (100%) Gemelo 2 <3 0 5' <7 2 (22,22%) ≥ 7 7 (77,78%) <7 1 (11,11%) 5' 5' ≥ 7 8 (88,89%)

Indicador	Global n(%)	Gestaciones únicas n(%)	Gestaciones múltiples n(%)
Ingresos en UCI Neonatal	19 (52,77%)	7 (19,44%)	12 (33,33%)
Necesidad de IOT	9 (25%)	3 (8,33%)	6 (16,67%)
Necesidad de RCP	7 (19,45%)	1 (2,78%)	6 (16,67%)
Presencia de convulsiones	2 (5,55%)	0	2 (5,55%)
HIV	6 (16,66%)	2 (5,55%)	4 (11,11%)
Encefalopatía hipóxico-isquémica	0	0	0
Sepsis neonatal	4 (11,11%)	3 (8,33%)	1 (2,78%)
Exitus	6 (16,66%)	2 (5,55%)	4 (11,11%)

semanas. Barth et al⁸ obtuvieron una supervivencia del 58%. Ogawa et al⁹, (n=5) consiguieron una supervivencia del 60%. Artmann et al¹⁰ trataron a 19 embarazadas entre las semanas 20 y 27, con prolongación media de la gestación de 9,4 semanas y supervivencia fetal, del 71,4%. Mitra et al¹¹ (n=40) trataron a pacientes de menos de 26 semanas logrando una prolongación media de 12 semanas y una supervivencia neonatal del 86%. En la serie de Chasen y Silverman¹² (n=10) la edad gestacional fue de $19,1 \pm 3,8$ semanas. Se consiguió prolongar el embarazo una media de 12 semanas, aunque en las pacientes que presentaron membranas protruyentes la ganancia de tiempo gestacional fue de 6,4 semanas. Bognoni y Quartuccio¹³ consiguieron prolongar una gestación gemelar 11,2 semanas y los dos fetos sobrevivieron. Schorr y Morales¹⁴ relacionaron el éxito del cerclaje con las condiciones cervicales. Cuando la dilatación era de 4 cm o mayor, los resultados fueron peores. Las pacientes que presentaron membranas protruyentes prolongaron el embarazo una media de 16 días, mientras que en las que no presentaron membranas protruyentes la prolongación media fue de 30 días. Althuis¹⁶ evaluó los resultados entre realizar cerclaje de emergencia frente a reposo en cama. El ensayo incluyó 23 mujeres, logrando una prolongación de 4 semanas más en aquellas a las que se les había realizado el cerclaje, hallando también una reducción significativa en el número de partos por debajo de la semana 34. Daskalakis et al¹⁷ publicó una serie de 29 casos con una prolongación de la gestación de 8,8 semanas. En la serie de 12 casos de Ciancimino et al.¹⁸ se logra una prolongación de 12,84 semanas y una supervivencia neonatal del 83,3%.

Ante la posibilidad de realizar cerclaje, en determinados ámbitos clínicos se prefiere una actitud conservadora. En estos casos los resultados publicados mencionan supervivencias del 20%^{19,20}

Nuestro estudio es de diseño retrospectivo, no hubo aleatorización de ningún tipo al tratarse de una entidad clínica aislada y con enorme repercusión neonatal. En cuanto al tamaño muestral, el número de casos estudiados dada la prevalencia de esta entidad, se trata de una casuística amplia (38 casos), aunque algunos estratos se encuentran subrepresentados, lo que dificulta la potencia del análisis.

Los resultados obtenidos son de gran utilidad en la práctica obstétrica diaria, puesto que la incompetencia cervical, a pesar de ser una entidad clínica no muy prevalente, puede derivar en importante morbilidad fetal si se produce un parto prematuro y el cerclaje de emergencia puede constituir una medida útil que ayuda a reducirlo.

La supervivencia global alcanzada se puede considerar elevada (72%). En cuanto a la prolongación de la gestación, se consigue tras la realización de un cerclaje de emergencia, una prolongación media de 7,4 semanas. Este tiempo es extremadamente importante para intentar disminuir la morbilidad neonatal secundaria a la prematuridad importante que pueden presentar los recién nacidos. En la bibliografía revisada no hay muchos datos acerca de la morbilidad obtenida. En el estudio, la morbilidad asociada fue reducida, con un 6% de nacidos muertos y un 16,66% de éxitos neonatal secundario a la prematuridad. En 2003, se publicó un estudio en que se reporta un incremento del 56% en la supervivencia neonatal y una reducción del 71% en ingresos en UCI, en aquellas mujeres a las que se les había realizado un cerclaje de emergencia. Sin embargo, no se describe la incidencia de corioamnionitis ni de morbilidad neonatal.¹⁶

CONCLUSIONES

Pese a la controversia existente en la evidencia científica acerca de las indicaciones del cerclaje cervical urgente, en nuestro centro encontramos resultados alentadores para establecer que es una alternativa válida en los casos que presentan acortamiento cervical importante y dilatación cervical avanzada, a partir del alto porcentaje de supervivencia neonatal obtenido.

En la actualidad, la indicación de realizar un cerclaje cervical debe evaluarse de forma individual, ya que no se ha establecido con seguridad una conducta estandarizada ante la incompetencia cervical. No hay estudios clínicos aleatorizados de calidad que indiquen la actitud más apropiada ante estas situaciones extremas obstétricas y que requieren una actuación pronta y heroica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham FG, Mac Donald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC III, Hankins G, Clark S. Williams Obstetrics 20th ed 1997: 579-605.
2. Shortle B, Jewelewicz R. Cervical incompetente. Fertl Steril 1989; 52: 181-8.
3. De la Fuente P. Insuficiencia cervical. Ponencia obstétrica: pérdidas embriofetales de repetición. XVIII Congreso Español de Medicina Perinatal. Barcelona. 2001. 23-24.
4. Schorr SJ, Morales WJ. Obstetric management of incompetent cervix and bulging fetal membranes. J Reprod Med 1996;41:238-48..
5. Carazo MJ, et al. El cerclaje de urgencia en la incompetencia istimicocervical con membranas protruyentes. Nuestra experiencia. Clin Invest Gin

- Obst 2003;30(6):185-90
6. Caruso A. Emergency cerclage in the presence of protruding membranes: is pregnancy outcome predictable? *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:265-8.
7. Benifla JL. Emergency cervical cerclage after 20 weeks' gestation: a retrospective study of 6 years' practice in 34 cases. *Fetal Diagn Ther* 1997;12:274-8.
8. Olatunbosun OA, Dick F. Cervical cerclage operation for a dilated cervix. *Obstet Gynecol* 1981;57:166-70.
9. Barth WH, Yeomans ER, Hankins GDV. Emergent cerclage. *Surg Gynecol Obstet* 1990;170:323-6.
10. Ogawa M, Sanada H, Tsuda A, Hirano H, Tanaka T. Modified cervical cerclage in pregnant women with advanced bulging membranes: knee-chest positioning. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999;78:779-82.
11. Artmann A, Schuchardt R, Gnirs J, Schelling M, Schneider KT. Total cervix occlusion-an efficient measure in prolapsed amniotic membranes in extreme prematurity? *Z Geburtshilfe Neonatol* 2001;205: 143-6.
12. Mitra AG, Katz VL, Bowes WA Jr, Carmichael S. Emergency cerclages: a review of 40 consecutive procedures. *Am J Perinatol* 1992;9: 142-5.
13. Chasen ST, Silverman NS. Mid-trimester emergent cerclage: a ten single institution review. *J Perinatol* 1998; 18:338-42.
14. Bognoni V, Quartuccio A. Emergency cerclage and twin pregnancy. *Minerva Ginecol* 1997;49: 229-34.
15. Schorr SJ, Morales WJ. Obstetric management of incompetent cervix and bulging fetal membranes. *J Reprod Med* 1996;41: 235-8.
16. Abbott D, To M, Shennan A. Cervical cerclage: A review of current evidence *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012; 52: 220-223
17. Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S, Antsaklis A. Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 221-226
18. Ciancimino L, Laganà AS, Imbesia G, Chiofalo B, Mancuso A, Triolo O. Evaluation of Maternal-Fetal Outcomes After Emergency Vaginal Cerclage Performed With Shirodkar-McDonald Combined Modified Technique. *J Clin Med Res.* 2015;7(5):319-323
19. Goodlin RC. Surgical treatment of patients with hour glass shaped or ruptured membranes prior to the twenty-fifth week of gestation. *Sur Gynecol Obstet* 1987;165:410-2.
20. Varma TR, Patel RH, Pillai V. Ultrasonic assessment of cervix in «at risk» patients. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65:147-52.

Artículo Original

Impacto del diagnóstico de la infección por virus del papiloma humano (VPH) en aspectos sexuales y psicosociales. Estudio prospectivo de un año, comparando con la Vaginosis Bacteriana.

Impact of the diagnostic of the human papillomavirus (HPV) infection in sexual and psicosocial aspects. Prospective study of 1 year , comparing With Bacterial Vaginosis.

López-Olmos, J

Unidad de GINECOLOGIA (Dr. LOPEZ-OLMOS). Centro de Especialidades de Monteolivete , VALENCIA.

RESUMEN

OBJETIVO: Estudio del impacto del diagnóstico de infección por VPH en aspectos sexuales y psicosociales, comparando con el diagnóstico de infección por vaginosis bacteriana.

DISEÑO: Se presenta un cuestionario a dos grupos de pacientes, uno, de 144 casos con infección actual o antecedentes de VPH, y otro, de 142 casos de infección por vaginosis bacteriana. Se recogen los datos demográficos, psicosociales y de función sexual, para ver la afectación tras el diagnóstico.

RESULTADOS: Las mujeres con infección por VPH son más jóvenes (media de edad, 33 años, entre 18 y 62), más nuligestas, con menor paridad, más solteras y con estudios universitarios. En 23,61% presentaban condilomas (vulgares, vaginales y perianales). En 45,83% tenían alteraciones celulares (ASCUS, ASC-H, LSIL y HSIL).

Con infección por VPH señalaron mayor: estrés ($p <$

0,01), ansiedad ($p < 0,001$), culpa ($p < 0,02$), disminución de autoestima ($p < 0,01$), estigma ($p < 0,05$) y miedo y ansiedad pensando en el futuro ($p < 0,001$). El nivel de preocupación “mucho” también fue significativo ($p < 0,05$).

No hubo diferencias significativas en los datos de función sexual. En 54,86% se consideraban satisfechas con su vida sexual (en 52,11% en la vaginosis bacteriana), pero ya aparecen factores desestabilizadores.

CONCLUSIONES: Con infección por VPH hay afectación de la salud mental por nivel de preocupación alto, y estrés y miedo pensando en el futuro, por progresión de la enfermedad. También hay afectación de la función sexual, con menor deseo sexual, y otros problemas.

PALABRAS CLAVE: Infección por VPH, Infección por Vaginosis Bacteriana, Salud mental, Función sexual

ABSTRACT

OBJECTIVE: Study of the impact of HPV diagnosis in sexual function and mental health, comparing with the diagnosis of bacterial vaginosis (BV) infection.

DESIGN: We present a questionnaire to two groups of patients: the first one, 144 cases of HPV infection, present or with antecedents; the second one, 142 cases of BV infection. They answered demographics facts as well as questions regarding their mental and sexual health, to demonstrate the affectation after the diagnosis.

CORRESPONDENCIA:

Dr. Jorge López-Olmos

Avda. Navarro Reverter , 4 , 13^a.

46004- VALENCIA

607213220

jlopezo@sego.es

RESULTS: Women with HPV infection are younger (mean age , 33 years, range 18-62), and more nulligravides, singles, with less parity and with more university studies. In 23,61% of the cases, they presented condylomas. In 45,83% of the cases, they presented abnormal cytologies (ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL).

With HPV infection there were more : stress ($p < 0,01$), anxiety ($p < 0,001$), guilt ($p < 0,02$), diminution of self-esteem ($p < 0,01$), stigmatization ($p < 0,05$) , and fear and anxiety regarding their health in the future ($p < 0,001$). The worry level “ very much” was also significant ($p < 0,05$).

There was no significant differences in the characteristics of the sexual function. In 54,86 % of the cases were satisfied with their sexual life (in 52,11% with BV), but now appear destabilizing factors.

CONCLUSIONS: With HPV infection there is affectation of mental health by worry level “ very much“, and stress and fear regarding the future with illness progression. There were also affectation of the sexual function, with less sexual desire and other problems.

KEYWORDS: HPV infection, BV infection, Mental health, Sexual function

INTRODUCCION

Los virus del papiloma humano (VPH) pertenecen a la familia papillomaviridae, hay más de 120 genotipos que infectan las células epiteliales. Hay dos clases: A, infectan las mucosas, y B, dan lesiones cutáneas. Las infecciones genitales benignas son los condilomas , por virus de bajo riesgo (BR). Las lesiones malignas son los cánceres, de cérvix, vulva, vagina, ano, pene y orofaringe, y los producen virus de alto riesgo (AR).

El sistema inmune defiende el organismo y “aclara” la infección. Pero no hay una respuesta fuerte de anticuerpos, y por eso no se utiliza la serología. Los virus no se cultivan fácilmente, así que su detección se hace por las lesiones celulares que detecta la citología de Papanicolaou, o se necesitan técnicas de biología molecular (1), a partir de los ácidos nucleicos, la captura híbrida o la reacción en cadena de la polimerasa (RCP).

La infección por VPH es la ETS (enfermedad de transmisión sexual) más frecuente en el mundo, y al producir lesiones celulares persistentes en el tiempo, puede llevar a desarrollar cáncer. En mujeres < 36 años, hay alta prevalencia de infección VPH y baja prevalencia de cáncer. El test VPH tiene un valor predictivo positivo (VPP) bajo. En mujeres > 36 años, hay baja prevalencia de infección VPH y alta prevalencia de cáncer. El test

VPH tiene un VPP alto¹. De aquí la importancia del test VPH y su influencia en el estado mental, psicosocial y sexual de la paciente afecta.

Con test de VPH (+), hay gran estrés e incertidumbre por el diagnóstico². En un estudio con entrevistas a 25 mujeres, se detectaron 7 fuentes de incertidumbre: el significado del diagnóstico, la potencial progresión de la enfermedad, las finanzas (tener o no seguro médico), la fuente de la infección, la revelación del diagnóstico, el sexo (influencia del sexo oral) y la reproducción (transmisión a los hijos), y la vacunación contra el VPH.

Ferenidou y cols³, estudian el impacto del diagnóstico de VPH en la función sexual y la salud mental, en 2008-2009, en 51 casos de mujeres de 21-68 años (media 36 años). En su mayoría, tenían ansiedad y miedo pensando en el futuro. En el 50% tenían culpa y rabia, y distress, vergüenza, disminución de autoestima y estigma. También dijeron: disminución de deseo y de interés sexual, y disminución de frecuencia coital. En conclusión: sentimientos negativos, pérdida de autoestima y disminución de deseo sexual. Hay influencia negativa en la vida sexual, peor relación con la pareja, agravando problemas sexuales existentes, y más afectando a mujeres en relación monógama de largo tiempo.

Nosotros, en nuestro estudio del VPH (pendiente de publicación), en una 1ª parte estudiamos el aclaramiento de los virus de AR y BR en el tiempo. Vimos que el aclaramiento en AR ocurre en 86,66% al 4º año, y en 100% en BR ya al 2º año. En la 2ª parte , estudiamos la sexualidad actual de las mujeres VPH (+) comparándola con la de las mujeres VPH (-). Concluimos que, únicamente hubo diferencias significativas en dispareunia, $p < 0,01$, mayor en las VPH (+), que también tenían mayor frecuencia coital diaria. Y tenían más citologías patológicas: ASCUS, LSIL y HSIL, y más riesgo de cáncer de cérvix.

En esta 3ª parte, siguiendo a Ferenidou y cols, estudiamos el impacto del diagnóstico de VPH en los aspectos psicosociales y sexuales en una serie de 144 mujeres VPH (+), y lo comparamos con una serie de 142 mujeres diagnosticadas de infección por vaginosis bacteriana (VB), para ver las diferencias.

MATERIAL Y METODOS

En la consulta de Ginecología del autor, en el Centro de Especialidades de Monteolivete , Valencia, durante el año comprendido entre 6-03-2013 y 6-03-2014, hemos presentado el cuestionario de impacto sobre diagnóstico inesperado (anexo 1), a casos nuevos o en revisión por infección de VPH: clínica, con condilomas vulvovaginales y/o perianales, o citológica, con alteraciones celulares tipo ASCUS (atipias de

significado incierto), LSIL (lesión escamosa intraepitelial de bajo grado) o HSIL (lesión escamosa intraepitelial de alto grado); o con antecedente de conización por dicha patología. El cuestionario se presentó al final de la consulta, y lo rellenaron in situ. Todas las pacientes dieron su consentimiento informado.

Para comparar los resultados, utilizamos como grupo control, con la misma metodología, a las pacientes diagnosticadas por la citología cervicovaginal de Papanicolaou, de la infección por vaginosis bacteriana (VB), que es la infección más frecuente en nuestra consulta. Una vez avisadas telefónicamente, acudieron para recibir tratamiento. De la misma forma, al final de la consulta, se propuso el cuestionario, y dieron su consentimiento informado.

A todas las pacientes con infección por VPH, con antecedentes previos, antecedentes de conización, o clínica actual, o diagnóstico de alteraciones citológicas, se les había practicado citología y prueba de VPH-ADN, a partir de IX- 2012 con la técnica de RCP, reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR), para virus de alto riesgo (AR): 16, 18 y otros: 31,33,35,39,45,51,52,5,58,59,66 y 68.

En el estudio estadístico, para los datos demográficos cuantitativos se calcula el rango, media y desvío estándar; para los datos cualitativos, se expresan porcentajes. Para la significación estadística, se considera la $p < 0,05$, tanto al comparar los datos cuantitativos con la t de Student, como para los datos cualitativos con la X^2 de Pearson.

RESULTADOS

El grupo de infección por VPH consta de 144 casos. El grupo de infección por VB consta de 142 casos.

En la tabla I, se presentan los datos demográficos, cuantitativos de: edad , paridad , abortos e ingresos mensuales expresados en euros. Y los datos cualitativos de: estado civil (soltera, casada, viuda, divorciada, pareja de hecho y relaciones ocasionales), estudios (no, primarios, secundarios y universitarios), trabajo (si o no), medio (urbano o rural), y porcentaje de nuligestas.

Hay diferencias significativas: $p < 0,001$, en edad y paridad, siendo mayores en el grupo VB, respectivamente medias de 39,66 años y 1,20 partos, versus 33,17 años y 0,61, en VPH. Hay diferencias significativas en nuligestas, $p < 0,001$, en VPH , 35,55% versus , 30,28%. Hay diferencias significativas en casadas, $p < 0,01$, en VB, 30,98% versus 18,05 %. En cambio , en solteras, es a la inversa , $p < 0,01$, en VPH , 54,16% frente a 38,73%. También hay más viudas en VB, 2,81% ($p < 0,05$). Hay diferencias significativas en estudios universitarios , $p < 0,01$, más en VPH, 36,11 % versus 21,12 % en VB. No hay diferencias significativas ni en el nº de mujeres que no trabajan , ni en el medio , ni en los ingresos mensuales.

En resumen: en VPH, son más jóvenes y solteras,

más nuligestas, con menor paridad , y con más estudios universitarios. En VB, hay más casadas y viudas.

En la tabla II, se presenta la patología de VPH. Condilomas, en 23,61%: condilomas vulvares, en 18,75%; condilomas vaginales, en 1,38%; condilomas perianales, en 2,77%, y condilomas vulvares y anales, en 0,69%. Alteraciones celulares (ASCUS, ASC-H, LSIL y HSIL) en 45,83%. Un caso de cáncer epidermoide, 0,69%. Antecedentes de conización por carcinoma in situ en 8,33%. Asociación de VPH con VB en 3,47%. En 3 casos (2,08%), las pacientes eran portadoras de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y una de ellas con SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

En VB , una paciente (nº 40) tenía asociado VPH; otra paciente (nº 11) presentaba condilomas vulvares. La nº 29 tenía asociada infección por candidiasis, y la nº 37, infección por Tricomonas. La paciente nº 18, también tenía LSIL.

En la tabla III, presentamos los datos del cuestionario en cuanto a salud mental y reacciones psicológicas tras el diagnóstico. Hay diferencias significativas , $p < 0,01$ en estrés, $p < 0,001$ en ansiedad, $p < 0,02$ en culpa , $p < 0,01$ en disminución de autoestima, $p < 0,05$ en estigma, y $p < 0,001$ en miedo y ansiedad pensando en el futuro, todas en VPH. También el nivel de preocupación “mucho“, $p < 0,05$, en VPH. En cambio, el nivel “poco“, es mayor en VB, $p < 0,001$.

En la tabla IV, presentamos los datos del cuestionario en cuanto a salud sexual y función sexual tras el diagnóstico. No hay diferencias significativas en ningún parámetro. En VPH, encontramos menor deseo sexual, en 25,69%; la frecuencia coital disminuirá en 15,97%; estoy menos satisfecha con mi vida sexual en 11,80%, y mi relación va a estar afectada negativamente en 18,75%; todos porcentajes mayores que en VB, aunque no significativos.

En cuanto a la función sexual tras el diagnóstico, en VPH confiesan: en 54,86% estar satisfechas con su vida sexual. En 8,33% , no tienen interés en el sexo. En 15,97% tienen sensaciones sexuales reducidas. En 19,44% tienen poca lubricación. En 11,11% tienen problemas para tener orgasmos. En 14,58% tienen dispareunia. En 2 casos (1,38%), refirieron otro problema sexual: la nº 78 dijo: “tengo miedo a que me contagien las cepas más peligrosas, por lo que mi prudencia ha aumentado“. La nº 122 dijo: “ya no tengo relaciones sexuales“.

En VB, en 52,11% dicen estoy satisfecha con mi vida sexual. Los demás parámetros son parecidos a en VPH, pero algo menores. Sólo destaca: no tengo interés en el sexo, en 12,67 % , que es mayor. Como otro problema sexual, también hay dos casos (1,40%). La nº 54 dijo: “no tengo relaciones sexuales desde hace 17 años“. Y la nº 88 dijo: “tengo muy bajo deseo sexual”.

TABLA I : DATOS DEMOGRAFICOS							
	VPH n = 144			VB n = 142			SE
	RANGO	MEDIA	DESVIO	RANGO	MEDIA	DESVIO	p
EDAD	18-62	33,17	8,77	17-67	39,66	10,69	< 0,001
PARIDAD	0-4	0,61	0,99	0-6	1,2	1,21	< 0,001
ABORTOS	0-5	0,53	0,95	0-4	0,54	0,84	NS
INGRESOS (euros)	200-2000	955,68	362,49	100-2000	886,3	384,75	NS
NULIGESTAS				N	%		
				80	55,55		
ESTADO CIVIL							
Solteras				78	54,16		
Casadas				26	18,05		
Divorciadas				17	11,8		
Viudas							
Parejas de hecho				21	14,58		
Relaciones ocasionales				2	1,38		
ESTUDIOS							
no							
Primarios				22	15,27		
Secundarios				70	48,61		
Universitarios				52	36,11		
TRABAJO							
no				49	34,02		
MEDIO							
Urbano				100	69,44		
rural				44	30,55		
SE, significación estadística NS , no significativo							

TABLA II : PATOLOGÍA VPH (n = 144)		
PATOLOGÍA	N	%
Condilomas vulvares	27	18,75
Condilomas vaginales	2	1,38
Condilomas perianales	4	2,77
Condilomas vulvares y anales	1	0,69
VPH	27	18,75
VPH + VB	4	2,77
ASCUS + VPH	12	8,33
ASC-H + VPH	4	2,77
LSIL + VPH	36	25
HSIL + VPH	12	8,33
HSIL + VPH + VB	2	1,38
Cáncer epidermoide	1	0,69
Conización por ca. In situ	12	8,33
VIH +	3	2,08
VPH, virus del papiloma humano VB, vaginosis bacteriana ASCUS, atipias de significado incierto ASC-H, lesión que no puede excluir HSIL LSIL, lesión escamosa intraepitelial de bajo grado HSIL, lesión escamosa intraepitelial de alto grado VIH, virus de la inmunodeficiencia humana		

TABLA III : Salud mental y reacciones psicológicas tras el diagnóstico					
EXPERIENCIA TRAS EL DIAGNOSTICO	VPH n=144		VB n=142		SE
	N	%	N	%	p
Estrés	57	39,58	35	24,64	< 0,01
Ansiedad	57	39,58	27	19,01	< 0,001
Culpa	21	14,58	8	5,63	< 0,02
Rabia	23	15,97	13	9,15	NS
Vergüenza	27	18,75	16	11,26	NS
Disminución autoestima	21	14,58	5	3,52	< 0,01
Estigma	11	7,63	3	2,11	< 0,05
Miedo y ansiedad pensando en el futuro	94	65,27	51	35,91	< 0,001

NIVEL DE PREOCUPACIÓN	N	%	N	%	p
Mucho	70	48,61	50	35,21	< 0,05
Bastante	50	34,72	38	26,76	NS
Poco	20	13,88	48	33,8	< 0,001
VPH, virus del papiloma humano VB, vaginosis bacteriana SE, significación estadística NS , no significativo					

TABLA IV : Salud sexual y función sexual tras el diagnóstico.

DESPUES DEL DIAGNOSTICO	VPH n=144		VB n=142		SE
	N	%	N	%	p
Me siento menos sexual	22	15,27	13	9,15	NS
Tengo menos deseo sexual	37	25,69	26	18,3	NS
La frecuencia de coito disminuirá	23	15,97	16	11,26	NS
Estoy menos satisfecha con mi vida sexual	17	11,8	13	9,15	NS
Mi relación va a estar afectada negativamente	27	18,75	20	14,08	NS

FUNCIÓN SEXUAL	N	%	N	%	p
Estoy satisfecha con mi vida sexual					
No tengo interés en el sexo	79	54,86	74	52,11	NS
Tengo sensaciones sexuales reducidas	12	8,33	18	12,67	NS
Tengo poca lubricación	23	15,97	17	11,97	NS
Tengo problemas para tener orgasmos	28	19,44	19	13,38	NS
Tengo dolor en el coito	16	11,11	14	9,85	NS
Tengo otro problema sexual	21	14,58	20	14,08	NS
VPH, virus del papiloma humano VB, vaginosis bacteriana SE, significación estadística NS, no significativo					

Observamos una contradicción, en ambos grupos, cuando dicen “estoy satisfecha con mi vida sexual”, y a continuación señalan una o varias de las otras posibilidades: no tengo interés en el sexo, tengo sensaciones sexuales reducidas, tengo poca lubricación, tengo problemas para tener orgasmos o tengo dispareunia. Esto ocurrió en 11 casos en VPH (7,63%), y en 10 casos en VB (7,04 %). No hay diferencias significativas.

En conclusión, con VPH hay afectación de la salud mental, por nivel de preocupación alto, y estrés y miedo y ansiedad pensando en el futuro, en cuanto a lo que deparará la progresión de la infección. En cuanto a la función sexual, aunque el 54,86% se confiesan satisfechas con su vida sexual, ya aparecen factores desestabilizadores: menor deseo sexual, disminución excitación y lubricación, anorgasmia y dispareunia. Miedo al contagio y no deseo de relación sexual, hasta el punto de llegar a la abstinencia sexual.

DISCUSION

En nuestra serie, las mujeres VPH son más jóvenes, nuligestas, y con menor paridad, hay más solteras y más con estudios universitarios. Presentaban condilomas en 23,61%, y alteraciones celulares en la citología en 45,83%. Comparadas con las mujeres que tuvieron infección por VB, hubo diferencias significativas en todos los parámetros psicológicos; las mujeres VPH tenían

más: estrés, ansiedad, culpa, disminución de autoestima, estigma, miedo y ansiedad pensando en el futuro. El nivel de preocupación “mucho” también era mayor en VPH, $p < 0,05$. En cambio, el nivel de preocupación “poco”, era mayor en VB, $p < 0,001$. Debido a no darle importancia a la infección, al ser asintomática en el 70 % de los casos.

Respecto a la función sexual, no hay diferencias significativas entre ambos grupos. Están satisfechas con su vida sexual en 54,86 % con VPH, y en 52,11% con VB. Pero ya se observan anomalías. Con VPH, en 8,33%, no tienen interés en el sexo; en 15,97 % tienen sensaciones sexuales reducidas; en 19,44% tienen poca lubricación; en 11,11% tienen problemas para tener orgasmos y en 14,58% tienen dispareunia. Algunas ya no tienen deseo sexual, hasta el punto de llegar a la abstinencia sexual, por miedo al contagio.

En conclusión, nuestros resultados se resumen en afectación de la salud mental por nivel de preocupación alto, y miedo y ansiedad pensando en el futuro, temor a desarrollar cáncer de cérvix. Y afectación de la función sexual, con disminución de deseo, y ruptura de pareja o peor relación con ella. Estos resultados concuerdan con los de otros autores, como vemos a continuación.

En un estudio de 2002⁴, con 52 mujeres de 18-44 años (media 24,3 años), con test de VPH y Papanicolaou anormal (ASCUS, LSIL, HSIL), mediante entrevistas de 1 hora, ven las respuestas emocionales al diagnóstico: en

31, estigma; en 22, miedo; en 19, autoreproche; en 10, impotencia, y en 2, rabia. Había déficit de conocimiento sobre VPH. En 34 casos lo revelaron a la pareja (65%). El VPH lo asocian más al cáncer que a ETS. Se necesita educación sobre VPH, y los médicos deben tratar también los elementos emocionales, porque la información sólo, es inadecuada para el cuidado óptimo.

En otro estudio de 2001-2003, en Inglaterra⁵, con entrevistas a 74 mujeres, 57 eran VPH (+) y 40 con citología anormal, vieron la carga psicológica por la infección. Dijeron sentirse “sucio y despreciable” al poder transmitir la infección; culpable y con vergüenza, por ser promiscua; rabia, por la infidelidad del otro, y si era suya, la atribuye a otra pareja anterior. Se necesita la educación en la salud para informar sobre la infección, y minimizar los daños y el impacto del diagnóstico en el bienestar de la mujer, desestigmatizarla.

Para ver el impacto de la comunicación del diagnóstico de VPH en aspectos cognitivo-conductuales, emocionales y en la esfera psicosexual, se hizo un estudio en jóvenes de 20-45 años, en 2006-2007⁶, con 3 cuestionarios de autoevaluación. Había 36 mujeres con infección por VPH y 36 mujeres sin infección por VPH. No hubo diferencias en la satisfacción con la calidad de vida y la función sexual. Pero hubo emociones prevalentes en el diagnóstico de VPH: miedo en 36%, ansiedad en 29% y rabia en 3%. Con VPH, aumentó el nivel de ansiedad, obsesión y compulsión, y las conductas y preocupaciones sobre la higiene de infecciones improbables. Es importante la educación en el instante, para sensación de control, hacer desaparecer la vulnerabilidad, y normalizar la conducta para adherencia al consejo médico, y seguimiento para evitar el cáncer de cérvix.

En los 1990, se estudió la percepción de incertidumbre tras citología anormal y VPH (+), en 88 mujeres estudiantes con indicación de colposcopia⁷. Al inicio, hubo niveles altos de incertidumbre, pero fueron disminuyendo con el tiempo. Era sobre cómo se ha adquirido la infección y si se puede transmitir. Luego, hay incertidumbre en el diagnóstico del Pap anormal, tras la colposcopia, tras el resultado de la biopsia, a los 4 meses por la repetición del Pap, y a los 8 meses en la reevaluación. Hay relación entre la emoción enfocada a hacer frente al problema, y la incertidumbre por las actividades corporales que podrá hacer, y el humor. Hay miedo al cáncer y a perder la fertilidad.

En un estudio de 2002-2004 con 3001 muestras autorecogidas por las mujeres para test de VPH⁸, se hizo test y retest, y hubo concordancia en 78,6 % de los resultados. La muestra vaginal está diluida y reduce la carga viral. Influyen los diferentes tipos de muestras y las diferentes poblaciones.

Si vemos ahora el impacto del medio de comunicación para informar a la mujer del diagnóstico de VPH. En un estudio con 25 mujeres de 19-56 años (media 28 años), con entrevistas semiestructuradas⁹ de 14-72 minutos. Los medios fueron: teléfono, carta por correo o e-mail, e intervención cara a cara. Todas tienen inconvenientes que se deben evitar. Las consecuencias son: depresión, problemas de sueño, respuestas psicosomáticas, deterioro sexual.

El teléfono, en 25%. Insatisfactorio. Porque: pilla en mal momento (trabajo, clase), no pueden hacer preguntas, buscan en Internet, y tiene que llamar ella al médico. (El teléfono debe utilizarse sólo si la noticia es positiva).

El correo o e-mail, en 29%. Insatisfactorio. Porque: mina el proceso de soporte, impide la posibilidad de entender el sentido del diagnóstico. No se puede hacer preguntas, se siente sola. Es un método impersonal, y notificación inefectiva.

Cara a cara, en 46%. Más satisfactorio. Se da información, se pueden dar folletos, y hay discusión. Da soporte para el shock, hay conducta emocional, verbal y no verbal. Lo que se diga y cómo se diga, influye. No dar respuestas cortas. Depende de la estrategia del mensaje y de la habilidad del médico. Requiere finura comunicativa. (Por supuesto, este es nuestro medio empleado).

En pacientes con condilomas genitales, en Colombia, en 2009-2010, un estudio¹⁰, para ver conocimiento de VPH y factores en relación con el impacto en la autoestima y la vida sexual. Con 106 hombres y 155 mujeres, de 18-45 años. Había bajo conocimiento sobre VPH y la vacunación. El impacto en la autoestima fue mayor en la mujer (90,3%) que en el hombre (60,4%), $p < 0,01$. Los factores fueron: en la mujer, la mayor educación y la localización anatómica externa; en el hombre, el conocimiento de VPH y la edad. En la mujer, hay más impacto en la autoestima y en la vida sexual.

El impacto de la citología anormal en la calidad de vida, se estudió en Canadá en 2006-2008¹¹, en 492 mujeres con citología anormal y 460 mujeres con citología normal, con un cuestionario que se repitió 3 veces: al inicio, y a 4 y 12 semanas después. En el grupo con citología anormal, aumentó la ansiedad, que luego disminuyó con el tiempo. Aunque la mujer sea de bajo nivel socioeconómico y no entienda bien la información, pero percibe el alto riesgo de cáncer. El mal resultado de la citología es significativo clínicamente, con impacto negativo en la salud mental, y persiste más de 12 semanas. Con 35% de ansiedad. Con LSIL, hay mayor ansiedad, porque esperan meses, para nuevos tests. Con HSIL, menor ansiedad, por tratamiento antes.

En un estudio caso-control en 2007-2010, para comparar la prevalencia de VPH en 93 mujeres VIH

(+) y 186 mujeres VIH (-)¹², de igual edad y resultado citológico, con test de VPH –ADN por RCP, no hubo diferencias en los genotipos de VPH: 6, 11, 16 y 18, fueron similares en ambos grupos. El VPH 56 fue mayor en VIH (+), $p < 0,05$. El tratamiento del VIH hace que el VPH siga el curso que tiene en mujeres no VIH en cuanto a la infección VPH. En VIH, el VPH se asocia a NIC (neoplasia intraepitelial cervical) si hay virus de AR oncogénicos y si hay infecciones múltiples.

Monsonogo y cols, hacen un estudio en 2008 en 40 centros médicos de Francia, España y Portugal, con 1475 mujeres, con un autocuestionario, para ver la evolución de las reacciones ante la práctica de comunicar un Pap anormal. En España en 76% se dieron los resultados por teléfono. En Francia (59%) y Portugal (36%), se dieron por carta. Las reacciones más frecuentes fueron: ansiedad, pánico y estrés. Tras hablar con el médico, a pesar del soporte psicológico, 50% siguen preocupadas¹³. Hay consecuencias a corto y medio plazo, en el día a día y en la vida profesional y familiar, y en las relaciones con la pareja. En 80% (en Francia), requieren más información. Las fuentes preferidas son el médico, e Internet.

Se necesita más información y mejor, sobre las consecuencias. Aún bien informada la mujer, no por ello tiene menos ansiedad. Y hay necesidad de información para el público en general: visual, esquemas, videos, más que verbal¹⁴.

En un estudio, se evaluó la calidad de vida con VPH y cáncer (vulva, vagina, pene, anal y orofaringe), en 99 casos de 18-70 años (media 43 años), 54% hombres y 46 % mujeres. Ninguno tenía estos cánceres. Tras sesión informativa, hacían un cuestionario¹⁵. Hubo gran conocimiento de los síntomas, diagnóstico y tratamiento (media 9/10). En supervivientes de estos cánceres hay un considerable impacto en la calidad de vida. Es importante incorporar la vacunación VPH en las poblaciones, porque es coste-efectiva. Todos los cánceres tienen un impacto significativo en utilidad, que es 0,57 a 0,79, comparado a 1 con salud perfecta.

En la detección molecular del cáncer por RCP, se estudió en 88 especímenes de cáncer de cérvix (biopsias y citologías) de mujeres de 38-76 años (media 57 años)¹⁶, comparando como controles con 100 mujeres sanas de 20-53 años (media 36 años). En las biopsias hubo VPH 16 (+) en 54,5% y VPH 18 (+) en 15,9 %. En las citologías, VPH 16 (+) en 31,8%. Los VPH 16 y 18 (+) se ven más en cánceres avanzados. En conclusión, VPH 16 y 18 se revelan en las biopsias y se correlacionan con la transcripción oncogénica. Con tipos múltiples de VPH hay alto riesgo de infección persistente (cáncer invasor y avanzado), más que con un solo tipo.

Se ha estudiado también el coste del diagnóstico

y tratamiento de la enfermedad VPH, antes de la vacunación, en 2001-2006¹⁷. Con 14,2 millones de datos de mujeres de 0-64 años. La histerectomía es el tratamiento más frecuente, y cuesta de media 8384 dólares por caso, en 2006. El más frecuente medio diagnóstico fue la colposcopia (más legrado endocervical). Las histerectomías en esos años disminuyeron, mientras que las colposcopias aumentaron. Hay altas tasas de uso de procedimientos diagnósticos y de tratamientos de VPH, y un alto coste asociado (2,3 a 4,6 billones de dólares/año). Sabiendo esto, hay que tomar decisiones para optimizar las estrategias de prevención.

En Noruega, se estudió el coste-eficacia del cribado de cáncer cervical¹⁸. La citología sólo, es poco efectiva y tiene más coste. En mujeres de 31-34 años, la citología más el test VPH. En las mujeres no vacunadas, el primer test VPH a los 34 años, y luego cada 4 años es lo óptimo. En las mujeres vacunadas, el intervalo cada 6 años es coste-efectivo. Pero es preferible comenzar con el VPH a los 31 años.

La vacunación protege de las infecciones y del cáncer. Las infecciones en 70% pueden llegar a cáncer, y la vacuna reduce el cáncer en 94%. Pero con la vacunación se puede hacer menos cribado y conducta sexual segura. Se hizo un estudio con 193 mujeres estudiantes universitarias, de 18-30 años (media 19 años), con un cuestionario on-line¹⁹. Estaban vacunadas 119 y no vacunadas 74. Las vacunadas hacían mayor sexo seguro, $p < 0,001$. pero había poco conocimiento de las pautas de cribado, y bajo uso del cribado, sólo en 42%. Había percepción baja de riesgo de cáncer. Pero aún así, con la vacuna, no hay que descuidar la guardia.

En conclusión, hay gran impacto psicológico del diagnóstico de infección por VPH, de citología anormal, y por el riesgo de cáncer de cérvix. Todos los trabajos lo demuestran. Y de nuestro trabajo, hay alto nivel de ansiedad y miedo pensando en el futuro, con alta preocupación, lo que influye en la vida sexual, personal y sociofamiliar.

El autor declara : NO existe conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAN, P.K.S; PICCONI, M^a. A; CHEUNG, T.H; GIOVANNELLI, L y PARK, J.S. Laboratory and clinical aspects of human papillomavirus testing. Clin Rev in Clinic Lab Scienc, 2012; 49 : 117-136.
2. KOSENKO, K.A ; HURLEY, R.J y HARVEY, J.A. Sources of the uncertainty experienced by women with HPV. Qual Health Res, 2012 ; 2 : 534-545.

3. FERENIDOU, F ; SALAKOS , N ; VAIDAKIS, N; PALTOGLOU , G ; BAKALIANOU , K ; PAPADIMITRIOU, G y CREATSAS , G. The impact of HPV diagnosis on women's sexual and mental health: preliminary findings. Clin Exp Obst Gyn , 2012 ; 39 : 79-82.
4. PERRIN , K.M ; DALEY , E.M ; NAOOM, S.F; PACKING-EBUEN , J.L ; RAYKO , H.L ; Mc FARLANE, M y Mc DERMONT , R.J. Women's reactions to HPV diagnosis : insights from in-depth interviews. Women & Health , 2006 ; 43 : 93-110.
5. Mc CAFFERY , K ; WALLER , J ; NAZROO, J y WARDLE , J. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening : a qualitative study. Sex Transm Infect , 2006 ; 82 : 169-174.
6. MAGGINO, T ; CASADEI , D ; PANONTIN , E; FADDA , E ; ZAMPIERI , M.C ; DONÀ, M.A; SOLDÀ, M y ALTOË, G. Impact of an HPV diagnosis on the quality of life in young women. Gynecol Oncol, 2007; 107: S 175- S 179.
7. RUBIN, M.M y TRIPSAS, C.K. Perceived uncertainty , coping strategies , and adaptation in women with human papillomavirus on Pap smear. J Low Genital Tract Dis , 2010; 14 : 81-89.
8. UNGER , E.R ; STEINAU , M ; LIN , J-M. S ; PATEL , S.S y SWAN , D.C. Impact of HPV assay on observed population prevalence. nDiagn Mol Pathol, 2011; 20 : 101-104.
9. HARVEY-KNOWLES, J.A y KOSENKO , K.A. Diagnosing women with HPV : the impact of diagnosis disclosure methods. Patient Education and counselling, 2012 ; 88 : 152-156.
10. PIÑEROS, M; HERNANDEZ-SUAREZ, G, ORJUELA, L; VARGAS, J.C y PEREZ, G. HPV Knowledge and impact of genital warts on self esteem and sexual life in Colombian patients. BMC Public Health , 2013 ; 13 : 272-279.
11. DROLET, M ; BRISSON , M ; MAUNSELL, E; FRANCO, E.L ; COUtlÉE, F , FERENCZY, A FISHER, W y MANSI, J.A. The psychological impact of an abnormal cervical smear result. Psycho-Oncology, 2012; 21 : 1071-1081.
12. ROCCIO , M ; DAL BELLO , B ; GARDELLA, B; CARRARA, M; GULMINETTI, R; MARIANI, B y SPINILLO , A. HPV infection and intraepithelial lesions: comparison between HIV positive and negative women. Current HIV Research, 2012 ; 10: 614-619.
13. MONSONEGO , J ; CORTES , J ; PEREIRA DA SILVA, D ; JORGE , A.F y KLEIN, P. Psychological impact, support and information needs for women with an abnormal Pap smear: comparative results of a questionnaire in three European countries. BMC Women's Health , 2011 ; 11 : 18-25.
14. MONSONEGO, J ; CORTES, J ; PEREIRA DA SILVA, D ; JORGE , A-F y KLEIN, P. Perception et impact psychologique du frottis anormal en France. Resultats comparatifs d 'une enquête européenne. Gynecol Obstet Fertil , 2012 ; 40 : 213-218.
15. CONWAY , E.L ; FARMER , K.C ; LYNCH , W.J; REES , G.L ; WAIN , G y ADAMS , J. Quality of life valuations of HPV-associated cancer health states by the general population. Sex Transm Infect, 2012 ; 88 : 517-521.
16. KAHLA , S ; ACHOUR , M ; OUESLATI, S; KOCHBATI , L ; CHANOUIFI , M.B ; MAALEJ, M y OUESLATI , R. Impact of sampling origin on molecular detection of high-risk human papillomavirus and oncogene expression. Eur J Gynecol Oncol , 2012 ; 33: 187-192.
17. KRUIKAS , D ; SMITH , J.S ; HARLEY , C y BUZINEC, P. Costs associated with management of cervical human papillomavirus-related conditions. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev , 2012 ; 21 : 1469-1478.
18. BURGER , E.A , ORTENDHAL , J.D ; SY, S ; KRISTIANSEN, I.S y KIM, J.J. Cost-effectiveness of cervical cancer screening with primary human papillomavirus testing in Norway. Br J Cancer , 2012 ; 106 : 1571-1578.
19. MATHER , T ; Mc CAFFERY , K y JURASKOVA, I. Does HPV vaccination affect women's attitudes to cervical cancer screening and safe sexual behaviour ? Vaccine , 2012 , 30 , 3196-3201.

CUESTIONARIO IMPACTO DIAGNOSTICO INESPERADO.

EDAD:

PARIDAD:

ABORTOS:

ESTADO CIVIL:

Soltera
Casada
Divorciada
Viuda
Pareja de hecho
Relaciones ocasionales

ESTUDIOS

Primarios
Secundarios
Universitarios

TRABAJO

Si
No

INGRESOS/ MES

MEDIO

Urbano
Rural

Su experiencia después del diagnóstico:

Estrés
Ansiedad
Culpa
Rabia
Vergüenza
Disminución de autoestima
Estigma
Miedo y ansiedad pensando en el futuro

Nivel de preocupación sobre su problema:

Mucho
Bastante
Poco

Después del diagnóstico:

Me siento menos sexual
Tengo menos deseo sexual
La frecuencia de coito disminuirá
Estoy menos satisfecha con mi vida sexual
Mi relación va a estar afectada negativamente

Mi función sexual:

Estoy satisfecha con mi vida sexual
No tengo interés en el sexo
Tengo sensaciones sexuales reducidas
Tengo poca lubricación
Tengo problemas para tener orgasmos
Tengo dolor en el coito
Tengo otros problemas sexuales, cuáles ¿?

Revisión

Aspectos Dietéticos Y Nutricionales En La Embarazada Con Gestación Múltiple

Benítez Marín, M.J¹, Lara Ramos, A.M², Baños Cándenas, L³

¹ Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultativo Especialista de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional Universitario de Málaga

² Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Facultativo Especialista de Obstetricia y Ginecología del Centro Ginecológico Forum de Granada.

³ Médico especialista en obstetricia y ginecología. Hospital Quirón Málaga

INTRODUCCIÓN

La alimentación equilibrada en la embarazada es fundamental para el correcto desarrollo del feto, de la calidad placentaria, para evitar patologías materno-fetales, así como para favorecer una correcta producción láctea en el postparto. El adecuado estado nutricional de la gestante debería estar asegurado previo a la gestación. El aconsejar los cambios dietéticos, los suplementos nutricionales durante la misma y la lactancia es parte de la función de un equipo multidisciplinar, formado por obstetras, pediatras y dietistas especializados en nutrición de gestantes y neonatos¹.

Una alimentación equilibrada proporciona los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del feto, la calidad de la placenta, mantener el nivel de energía a lo largo del embarazo, parto y post-parto, prevenir anemias y activar la producción de la leche. No se trata de diseñar una dieta especial para el embarazo, si no conocer la diversidad de propiedades de los alimentos, mejorando la calidad y variedad de las comidas^{2,3}.

La manera de planificar la nutrición durante la gestación depende del estado nutricional en el que se encuentre la madre al inicio de la misma, así como del índice de masa corporal. Lo ideal es tener un peso y un estado nutricional correcto a su inicio, pero si no es así, deben adecuarse dietas especiales que suplan dichas deficiencias.

Los consejos nutricionales para la mujer embarazada han ido cambiando con el paso del tiempo. Inicialmente se aconsejaban dietas hipocalóricas por el aumento de volumen en la gestación, posteriormente se fomentaron dietas hipercalóricas “comer por dos”, lo que contribuyó a ganancias de peso excesivas con mayor patología materna

y fetal. Actualmente nos basamos en las necesidades nutricionales durante el embarazo y el rol de los diferentes nutrientes específicos en esta etapa de la vida³. La educación y el asesoramiento sobre nutrición tienen por objeto mejorar las prácticas alimentarias antes del embarazo y durante este, a fin de mejorar la alimentación materna y reducir el riesgo de resultados sanitarios negativos para la madre y para sus hijos⁴.

En una revisión sistemática de estudios sobre programas de orientación nutricional en el periodo prenatal para aumentar la ingesta proteínica y energética, se observó que el asesoramiento nutricional, por sí solo, era suficiente para mejorar el aporte de proteínas durante el embarazo, reducir el riesgo de parto prematuro en un 54% y aumentar el perímetro craneal al nacer. Sin embargo, no se observaron efectos significativos en otros resultados del embarazo.

En otra revisión sistemática y metaanálisis de 34 estudios se evaluaron los programas de educación y asesoramiento sobre nutrición (incluidos 11 estudios realizados en países de ingresos bajos y medios), con y sin apoyo nutricional en forma de cestas de alimentos, complementos alimentarios o suplementos de micronutrientes. Se halló que la educación y el asesoramiento sobre nutrición permitían mejorar el aumento de peso gestacional en 0,45 kg, reducir el riesgo de anemia al final del embarazo en un 30%, aumentar el peso del recién nacido en 105 g y reducir el riesgo de parto prematuro en un 19%⁶.

Cuando se hacen buenas elecciones de alimentos y su consumo para satisfacer las necesidades de energía extra y el aumento de la absorción, la eficacia de la utilización de nutrientes que se produce son generalmente adecuados para satisfacer las necesidades en el embarazo. Sin embargo, suplementos de vitaminas y minerales pueden ser importantes en los casos vulnerables como sustancias de dependencia, anemia o déficits alimenticios. Se necesitan múltiples estrategias para apoyar un estilo de vida saludable para la mujer, que abarque desde antes de la concepción hasta el puerperio⁷.

CORRESPONDENCIA:

Benítez Marín, María José

mariajosebenitezmarin@gmail.com

Un déficit de nutrientes en la alimentación materna está relacionado con al menos el 20% de las muertes maternas y aumenta la probabilidad de malos resultados perinatales⁸.

A continuación explicamos los distintos aspectos más relevantes en la nutrición durante la gestación, detallando de manera específica las conductas en las gestaciones gemelares. En los embarazos gemelares es de gran importancia un correcto aporte de nutrientes, ya que implican un hipervolumen y aumento de la morbilidad materno-fetal⁹.

NECESIDADES NUTRICIONALES DURANTE LA GESTACIÓN

ENERGÍA.

La primera fase de la gestación se caracteriza por ser una etapa anabólica, donde las necesidades energéticas fetales están reducidas, siendo el objetivo lograr una reserva energética. La segunda fase se caracteriza por ser una fase catabólica, donde las reservas energéticas empiezan a movilizarse.

Durante una gestación simple es recomendado aumentar la ingesta calórica en 200 kcal/ día durante el segundo trimestre y 300 kcal/día en el tercer trimestre. En las gestaciones múltiples, dicha ingesta calórica debe ser mayor, aumentando en 300 kcal con respecto gestaciones simples, ya que varios estudios han demostrado que existe un aumento de las demandas metabólicas de aproximadamente un 10% con respecto a los embarazos únicos. La ingesta calórica recomendada para una mujer con índice de masa corporal normal y embarazo gemelar es 40-45 kcal / kg cada día^{11,12}.

La ganancia de peso debe depender del Índice de Masa Corporal (IMC) al inicio de la gestación de la siguiente manera:

- IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m² (peso normal): entre 16,8 y 24,5 kilos de peso
 - IMC entre 25 -29,9 kg/m² (sobrepeso): entre 14,1 y 22,7 kilos de peso
 - IMC mayor o igual a 30 kg/m² (obesidad): entre 1,4 y 19,1 kilos de peso
- Es recomendable que la ganancia de peso vaya acorde con la siguiente tabla:

Es necesario realizar el cálculo del IMC en la primera visita del control de embarazo para programar la dieta más adecuada a la embarazada. En las embarazadas

con una estatura inferior a 150 cm se recomienda una ganancia de peso cercana al límite inferior de su rango (en función de su IMC). De igual manera, en las embarazadas adolescentes se recomienda alcanzar su límite superior.

La incidencia de complicaciones durante la gestación es mayor en aquellas pacientes con pesos extremos. Existe un incremento de nacimientos de recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional en pacientes con pesos por debajo del IMC. Además existe un mayor riesgo de macrosomías al nacimiento en pacientes con sobrepeso y podría estar relacionado con aumento de riesgo de obesidad durante la infancia.

PROTEÍNAS.

La unidad feto-placentaria consume aproximadamente 1 kg de proteínas durante toda la gestación, siendo la mayoría de ese consumo durante el segundo y tercer trimestre. Los requerimientos proteicos durante la gestación se incrementan en un 12%, ya que las proteínas son un elemento necesario para el desarrollo de los tejidos fetales, placentario, incremento del volumen sanguíneo materno y correcto desarrollo mamario.

Si evaluamos el porcentaje de proteínas totales con respecto al consumo energético total, estas no deben superar el 25% para un correcto desarrollo. De la misma manera el 50% de dichas proteínas deben de ser de origen animal, debido a que la concentración de aminoácidos esenciales es óptima. Para que dichas necesidades sean cubiertas, la embarazada debería consumir aproximadamente 1,1gr/kg/día de proteínas. Mientras que en gestaciones simples se recomiendan alrededor de 60 g de proteínas diarias, en embarazos gemelares se recomienda una ingesta proteica diaria entre 90 y 120 g.

LÍPIDOS.

La cantidad y tipo de ácidos grasos tomados durante la gestación se ha relacionado con variaciones en el peso al nacimiento, tamaño y neurodesarrollo. La ingesta de

	Ganancia de peso (kg/sem) hasta las 20 semanas	Kg /sem entre las 20-28 semanas	Kg/sem desde las 28 semanas hasta el parto
Peso insuficiente	0,57 – 0,79	0,68 – 0,79	0,57
Peso adecuado	0,45 – 0,68	0,57 – 0,79	0,45
Sobrepeso	0,45 – 0,57	0,45 – 0,57	0,45
Obesidad	0,34 – 0,45	0,34 – 0,45	0,34

pocos ácidos grasos poliinsaturados se relaciona con un incremento del riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y efectos adversos en el neurodesarrollo^{13,14}.

Se recomienda controlar la ingesta de los lípidos de

origen animal que contienen mayor proporción de ácidos grasos saturados y aumentar la ingesta de lípidos de origen vegetal, que presentan mayor porcentaje de ácidos grasos poliinsaturados.

Es aconsejable aumentar el consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega3 (ácido alfa-linolénico y ácido docosahexanoico (DHA)), ya que forman parte de las membranas celulares y se acumulan a nivel cerebral y retina favoreciendo un correcto desarrollo neuronal fetal. Los niveles plasmáticos de dichos ácidos grasos aumentan un 50% durante la gestación debido a la movilización de los depósitos maternos, por lo que es necesaria la suplementación en la dieta. La ingesta recomendada debería estar comprendida entre 300 y 500 mg/día de DHA. En gestaciones múltiples la suplementación debe acercarse al límite superior, debido a que el desgaste de los depósitos es mayor.

La ingesta de ácidos grasos saturados podría presentar efectos adversos en el crecimiento fetal, al interferir en el metabolismo de los ácidos grasos y por efecto directo sobre la estructura de las membranas. Además produce efectos adversos maternos como los cardiovasculares, razón por la que es razonable reducir el consumo total de ácidos grasos saturados.

HIDRATOS DE CARBONO.

La ingesta de hidratos de carbono debe ser entre un 50 y 55% de la energía total recomendada, principalmente en forma de hidratos de carbono de absorción lenta, como arroz, pastas y cereales. Es aconsejable reducir la ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida, como zumos de frutas, bollería industrial o azúcares.

MINERALES.

HIERRO

El hierro es un elemento necesario para el desarrollo placentario y fetal, así como para

expandir la producción de la serie hematopoyética materna. Durante el embarazo y la lactancia se produce una pérdida generalizada de hierro, aproximadamente de 1000 g en total.

Se recomienda un incremento del consumo de hierro de 15 a 30 mg/día durante el embarazo para prevenir la anemia por déficit de hierro, que puede realizarse con la dieta. En pacientes no anémicas un aporte adecuado disminuye la incidencia de anemia al término del embarazo, que se considera beneficioso para el sangrado intraparto, cubrir las necesidades durante la lactancia y facilita el acúmulo de hierro en el hígado fetal, necesario para la hematopoyesis.

En pacientes con anemia por déficit de hierro (hemoglobina inferior a 11 g/dl en primer y tercer trimestre,

o hemoglobina inferior a 10,4 g/dl en el segundo trimestre) se recomienda una suplementación de entre 30 a 120 mg/día hasta que la anemia se corrija¹⁵.

CALCIO

Existe un paso activo de calcio a través de la placenta necesario para la formación ósea fetal. Durante el tercer trimestre de gestación el feto deposita unos 250mg de calcio al día. Durante la gestación existe un aumento de la absorción de calcio óseo materno, por lo que se recomienda un suplemento de 1000mg al día a partir de la segunda mitad del embarazo. En pacientes menores de 19 años se recomienda 1300mg al día. En el caso de las gestaciones múltiples dicho suplemento debe ser de 1500mg al día en el primer trimestre y hasta de 2500mg al día durante el segundo y tercer trimestre¹⁶.

YODO

El déficit de yodo durante la gestación se ha asociado con la aparición de hipotiroidismo fetal, cretinismo, abortos y sordera profunda, ya que las hormonas tiroideas son necesarias para el desarrollo y maduración del sistema nervioso. Se recomienda una suplementación de entre 220 y 300 microgramos al día iniciándose antes de la gestación¹⁷. La mayoría de las sociedades científicas aconsejan suplementar con al menos 200 microgramos en la gestación simple.

CINC

Es un micronutriente esencial para el normal crecimiento fetal. Los déficit de cinc pueden dar lugar a retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, así como alteraciones en la conducta y capacidad de aprendizaje del niño¹¹.

Los suplementos con cinc podrían mejorar el crecimiento fetal, sin embargo una revisión sistemática de 21 estudios randomizados realizada en 2015, comparan las dietas suplementadas con cinc y dietas no suplementadas, sin encontrar beneficios en los resultados maternos y perinatales, salvo una reducción del 14 % de los partos pretérminos¹⁸.

La ingesta recomendada durante la gestación es de 20 mg/día. En la gestante con embarazo gemelar se recomienda aumentar a 30 mg durante el segundo y tercer trimestre.

VITAMINAS.

ÁCIDO FÓLICO

Existen múltiples factores que influyen en los niveles de folato, incluida la dieta, estado fisiológico de la mujer (edad, embarazo, lactancia) y factores conceptuales como comorbilidades y bajo nivel social. Los requerimientos

de folato se incrementan durante el embarazo, la lactancia y en patologías como cáncer, inflamación y cuadros malabsortivos (por ejemplo la enfermedad celiaca). La deficiencia severa de folato produce anemia megaloblástica. El uso de algunos fármacos tales como el metotrexate, anticonvulsivantes y sulfasalazina también pueden incrementar las demandas de folatos. En la población general, el polimorfismo en la mutación de la metiltetrahidrofolato reductasa MTHFR 677C-T, se considera como un determinante y fundamental en los niveles de folato en la mujer en edad reproductiva.

Las anomalías congénitas se definen como anormalidades estructurales, funcionales o enfermedades metabólicas que ocurren durante el desarrollo embrionario y se pueden identificar antes del nacimiento, al nacimiento o después del mismo. Son causadas por la interacción de numerosos factores tales como alteraciones genéticas, cromosomopatías, teratógenos ambientales o deficiencias de micronutrientes. Es fundamental la prevención primaria para este tipo de patologías. El incremento de las patologías y las consecuencias atribuibles al déficit de folatos, ha marcado la necesidad de identificar biomarcadores para medir los niveles de folatos. Aunque los niveles de folatos a cualquier edad, con una dieta adecuada son suficientes para la prevención de la anemia megaloblástica, en las mujeres en edad reproductiva no son suficientes para prevenir los defectos del tubo neural durante el embarazo.

En septiembre de 2013 una revisión sistemática de Cochrane examinó los efectos de la suplementación periconcepcional de ácido fólico en la prevención de anomalías congénitas.

Diversos estudios han informado de que la administración de ácido fólico durante los primeros meses de gestación reduce el riesgo de defectos del tubo neural¹⁹.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la concentración de folato en los glóbulos rojos debe superar los 400ng/ml (906nmol/l) en mujeres en edad reproductiva, para conseguir una disminución de los defectos de tubo neural. El nivel de folato en los glóbulos rojos se puede usar como un indicador de insuficiencia de folatos. Dado que los bajos niveles de folato no pueden explicar todos los casos de defectos de tubo neural, esta medida no puede predecir por sí sola el riesgo individual y además sólo es útil a nivel poblacional.

La mutación 677C-T del gen de la metiltetrahidrofolato reductasa se asocia a hiperhomocisteinemia y aumento del riesgo cardiovascular. El genotipo homocigoto de la mutación 677C-T en la MTHFR influye en los valores de homocisteína sólo cuando los de ácido fólico

se encuentran en el límite inferior del intervalo de normalidad. Esto produce un incremento en el riesgo de malformaciones congénitas, como la espina bífida²¹. Esta mutación afecta a un número considerable de mujeres en el sur de Europa²⁰.

Folatos en la dieta

El folato en términos generales, es una vitamina B hidrosoluble que se encuentra de manera natural en alimentos como vegetales de hoja verde, legumbres, yema de huevo, hígado y algunos cítricos. Esta vitamina es esencial en el crecimiento y formación normal de la célula. La biodisponibilidad natural del folato es menor que la del ácido fólico, un compuesto sintético que se usa en alimentos enriquecidos y suplementos.

El déficit de folato y vitamina B12 es la causa más frecuente de anemia megaloblástica. Además los niveles de folato se relacionan con otras patologías en el caso de gestantes, como desprendimiento de placenta, preeclampsia, aborto espontáneo, cardiopatía congénitas, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y anomalías congénitas severas que afectan al encéfalo y a la médula, como los defectos del tubo neural.

Entre las intervenciones para aumentar los niveles de folato se incluyen la suplementación diaria o intermitente a través de fortificación con polvos de micronutrientes, fortificación de granos de cereales básicos (como por ejemplo trigo, harina de maíz o arroz) y educación para adquirir una dieta rica en folatos procedentes de alimentos naturales como el hígado de ternera, vegetales de hoja verde, legumbres, yema de huevo y algunas frutas (cítricos, papaya, fresas). A pesar de esto, las evidencias de éxito de la dieta para aumentar los niveles de folato son limitadas. La fortificación de alimentos con ácido fólico mejoran los niveles de folatos sin cambiar hábitos dietéticos⁹.

Se ha demostrado ampliamente que la administración de suplementos de ácido fólico de manera preconcepcional reduce la incidencia de defectos del tubo neural. Como prevención primaria, se recomienda la toma de 400 microgramos de ácido fólico al menos 4 semanas antes de la concepción y durante el primer trimestre del embarazo.

Una posible alternativa al ácido fólico es el folato biológicamente activo en su forma 5-metiltetrahidrofolato (5-MTHF)²², que enmascara menos el déficit de vitamina B12, no se ve afectado por los polimorfismos de la enzima MTHFR y DHFR y demuestra una buena eficacia frente a la prevención de defectos del tubo neural. Algunos estudios han demostrado que la administración de 5-MTHF es más efectiva que la suplementación con

ácido fólico, siendo sus niveles sanguíneos mayores en concentración en mujeres en edad fértil. Los suplementos con 5-MTHF son una alternativa segura y eficiente al ácido fólico para incrementar los niveles de folato y para reducir el riesgo de defectos del tubo neural. Se recomienda comenzar los suplementos 4 semanas preconcepcional y extenderlo más allá de la semana 12 de gestación para minimizar los riesgos.

VITAMINA B12

Los niveles bajos de vitamina B12 son un factor independiente para los defectos del tubo neural. Se encuentran de manera exclusiva en alimentos de origen animal, tales como carnes, pescado, leche y legumbres. Se recomienda una ingesta diaria de 2,2 microgramos al día durante el embarazo.

VITAMINA A

El déficit de vitamina A se ha relacionado con bajo peso neonatal y parto prematuro. La ingesta recomendada es de 800 microgramos al día, ya que ingestas superiores se han relacionado con efectos teratogénicos y malformaciones congénitas²³. La dieta saludable de la embarazada contiene las dosis necesarias, por lo que no debe suplementarse de manera rutinaria. Sólo es recomendada su suplementación en aquellos países o colectivos donde el déficit de vitamina A es endémico.

VITAMINA C

La vitamina C ayuda a disminuir el estrés oxidativo, por lo que un déficit de la misma podría estar relacionado con un aumento en la incidencia de preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y rotura prematuras de membranas.

Principalmente se recomienda suplementar la dieta con vitamina C en aquellas pacientes fumadoras o bebedoras habituales antes de la gestación. La ingesta recomendada diaria es de 80 mg/día. En gestaciones gemelares se recomienda tomar entre 100 y 500 mg/día.

VITAMINA D

El déficit de vitamina D está relacionado con alteraciones del crecimiento intrauterino, raquitismo, hipocalcemia neonatal, tetania y alteraciones del esmalte.

Las ingestas recomendadas son 600UI diarios, complementados con la exposición diaria de luz solar. En

gestaciones gemelares se recomienda aumentar esta dosis a 1000UI. En 2011, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología recomendó la suplementación rutinaria con estas dosis durante la gestación²⁴. El valor de esta suplementación está aún en controversia e investigación, ya que podría presentar un efecto beneficioso en la reducción de la incidencia de preeclampsia, muerte fetal o neonatal, así como mejorar el contenido mineral óseo en la infancia.

ESTILO DE VIDA

Una vez hemos establecido una dieta saludable y una pauta con los nutrientes necesarios en el embarazo, es importante aconsejar ejercicio físico diario, para el correcto control del peso.

Durante el embarazo se recomienda realizar alrededor 150 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad moderada o 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada casi todos los días de la semana^{7,11}.

CONCLUSIONES

Un correcto estado de salud y nutricional previo a la concepción mejoran los resultados maternos, fetales y perinatales, por lo que la instauración de estrategias poblacionales son fundamentales.

Es necesario el diseño de una dieta equilibrada y completa durante la primera visita preconcepcional, o en su defecto, durante la primera visita del control de la gestación. El cálculo del índice de Masa Corporal y la valoración de la dieta básica realizada por la paciente es fundamental para poder detectar déficits nutricionales.

El ejercicio físico diario de intensidad moderada ayuda a controlar el peso en la embarazada.

Tabla 2. Nutrientes y fuente de alimentación³.

Nutrientes	Fuentes de alimentación
Vitamina B12	Carnes, pescados, leche, vísceras, legumbres.
Vitamina D	Leche, yogurt, mantequilla, queso, yema de huevo, hígado, pescado.
Ácido fólico	Hígado, carne, huevo entero, cereales integrales, patatas, calabaza, boniato, berro, nabo, pimientos y tomate, frutas como melón, plátano y cítricos.
Calcio	Leche, queso, yogurt, yema de huevo, huevo entero (gallina), mariscos, sardinas, espinacas, berro, col, acelga, frutos secos.
Hierro	Carnes magras de res, cerdo, ternera, vísceras, yema de huevo, espinacas, pan, cereales enriquecidos con hierro.
Cinc	Carnes de cerdo y de res, huevo, pescados y mariscos, leche y leguminosas.
Yodo	Alimentos marinos, sal yodada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Parisi F, Laoreti A, Cetin I. Multiple Micronutrient Needs in Pregnancy in Industrialized Countries. *Ann Nutr Metab* 2014; 65:13-21. (DOI:10.1159/000365794)
2. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet*. 2013 Aug 3; 382(9890): 452-77.
3. Diaz ME, Jimenez S, Gamez AI et al. Consejos útiles sobre la alimentación y nutrición de la embarazada. Manual para los profesionales de la Salud. 2013. ISBN 978-959-283-106-3
4. Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *Am J Clin Nutr*. 2000 Jul; 72 (1 Suppl): 212S-240S.
5. Ota E, Tobe-Gai R, Mori R et al. Antenatal dietary advice and supplementation to increase energy and protein intake. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012, Sep. CD000032
6. Girard AW, Olude O. Nutrition education and counselling provided during pregnancy: effects on maternal, neonatal and child health outcomes. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2012 Jul; 26 Suppl 1: 191-204
7. Kaiser L L, Campbell CG. Practice paper of the Academy of Nutrition and Dietetics abstract: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome.; Academy Positions Committee Workgroup. *J Acad Nutr Diet*. 2014 Sep;114(9):1447.
8. Salam RA, Das JK, Bhutta ZA. Multiple micronutrient supplementation during pregnancy and lactation in low-to-middle-income developing country settings: impact on pregnancy outcomes. *Ann Nutr Metab*. 2014;65(1):4-12.
9. Brown JE, Carlson M. Nutrition and multifetal pregnancy. *J Am Diet Assoc*. 2000 Mar;100(3):343-8.
10. Shinagawa S, Suzuki S, Chihara H et al. Maternal basal metabolic rate in twin pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*. 2005;60(3):145-8.
11. Goodnight W, Newman R. Optimal nutrition for improved twin pregnancy outcome. Society of Maternal-Fetal Medicine. *Obstet Gynecol*. 2009 Nov;114(5):1121-34.
12. Roem K. Nutritional management of multiple pregnancies. *Twin Res*. 2003 Dec;6(6):514- 9.
13. Meher A, Randhir K, Mehendale S et al. Maternal Fatty Acids and Their Association with Birth Outcome: A Prospective Study. *PLoS One*. 2016 Jan 27;11(1):e0147359.
14. Lauritzen L, Brambilla P, Mazzocchi A et al. DHA Effects in Brain Development and Function. *Nutrients*. 2016 Jan 4;8(1).
15. Stoltzfus R, Mullany L, Black R. Iron deficiency anaemia. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, World Health Organization; 2004: 163 - 210
16. Hacker AN, Fung EB, King JC. Role of calcium during pregnancy: maternal and fetal needs. *Nutr Rev*. 2012 Jul; 70 (7):397-409.
17. Stagnaro-Green A, Abalovich M, Alexander E et al. Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and postpartum. *Thyroid*. 2011;21(10):1081-125.
18. Ota E, Mori R, Middleton P et al. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 2; 2:CD000230.
19. Lassi ZI, Salam R, Haider B et al. Folic acid supplementation during pregnancy for maternal health and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;3:CD006896.
20. WHO Guideline: Optimal Serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects. Geneva: World Health Organization; 2015.
21. Martínez-Frías ML, Bermejo E, Rodríguez-Pinilla E et al. Grupo de Trabajo del ECEMC. Frequency of the mutation 677C-T of methylenetetrahydrofolate reductase gene on a sample of 652 Spanish liveborn infants. *Med Clin (Barc)*. 2004 Mar 20;122(10):361-4.
22. Lamers Y, Prinz-Langenohl R, Brämswif S et al. Red Blood cell folate concentrations increase more after supplementation with 5-methyltetrahydrofolate than with folic acid in women of childbearing age. *Am J Clin Nutr* 2006; 84 (1): 156-161.
23. Rothman KJ, Moore LL, Singer MR et al. Teratogenicity of high vitamin A intake. *N Engl J Med*. 1995;333(21):1369.
24. ACOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee Opinion No. 495: Vitamin D: Screening and supplementation during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2011 Jul;118(1):197-8.

Caso Clínico

Endometriosis de pared abdominal después de cesárea.

Abdominal wall endometriosis after cesarean.

González S.J¹, Domínguez J.C¹, Varela C¹, Rodríguez J.A²

¹ Servicio de Ginecología y Obstetricia. 2, Servicio de Anatomía Patológica

² Hospital Comarcal Valdeorras. O Barco de Valdeorras. Ourense. España

RESUMEN

La endometriosis de pared abdominal es una rara patología que aparece en algunas mujeres con antecedente de cesárea. Presentamos el caso de una paciente de 38 años con dos cesáreas previas, con dolor abdominal cíclico y una tumoración abdominal. La ecografía y la punción-aspiración con aguja fina fueron esenciales para el diagnóstico. Se realizó exéresis completa de dicha tumoración situada debajo de la cicatriz de cesárea que afectaba a los músculos rectos, obteniéndose una pieza quirúrgica de 5 cm cuyo análisis anatómo-patológico confirmó la endometriosis. Se hizo una revisión bibliográfica a propósito del caso.

Palabras clave: endometriosis de cicatriz de cesárea; endometrioma de la pared abdominal; endometriosis extrapélvica.

ABSTRACT

The abdominal wall endometriosis is a rare condition that occurs in some women with previous cesarean section. We report the case of a patient of 38 years with two previous cesarean sections, with cyclic abdominal pain and an

abdominal tumor. Ultrasound and fine needle puncture-aspiration were essential for diagnosis. Complete excision of this tumor under the cesarean scar affecting rectus muscles was performed to obtain a surgical specimen of 5 cm whose anatomical and pathological analysis confirmed endometriosis. A literature review was made with regard to the case.

Key words: cesarean scar endometriosis; abdominal wall endometrioma; extrapelvic endometriosis.

INTRODUCCION

La endometriosis se define como la proliferación de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina^{1,2}. Se encuentra en 10-15% de las mujeres premenopáusicas. En la mayoría se trata de endometriosis pélvica^{1,3}. En raras ocasiones, la endometriosis aparece en pulmón, ombligo, zona inguinal, pericardio, cerebro, riñón, uréter, o cicatriz incisional^{2,4,5}. La endometriosis de la pared abdominal se define como endometrio ectópico en esta localización que incluye desde la piel hasta el peritoneo parietal^{3,4}. Ocurre en 0,03 a 1,08% de mujeres con una cirugía pélvica previa. La cicatriz de cesárea es el sitio más común asociado con endometriosis de pared^{2,4,5}, seguido de la cicatriz de histerectomía².

DESCRIPCION DEL CASO.

Mujer de 38 años que consulta por dolor abdominal. Antecedentes: hipertensión arterial a tratamiento con enalapril. Menarca: 12. TM: 3/28. Dismenorrea moderada. Cantidad de regla: normal. Método contraceptivo: oclusión tubárica bilateral histeroscópica. Gesta 2, Cesárea 2, última hace 9 años.

Enfermedad actual: refiere dolor abdominal de varios meses de evolución, pre e intramenstrual, continuo, que irradia a zona lumbar, intenso que no calma con ibuprofeno.

CORRESPONDENCIA:

SERGIO JOSE GONZÁLEZ PALANCA

Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Comarcal Valdeorras

C/Conde Fenosa s/n

O Barco. CP: 32300

Ourense. España.

Tel: 609459776

e-mail: sergiojosegp@gmail.com

Asistió a varias consultas en el Servicio de Cirugía por molestias inespecíficas en la misma topografía, habiendo realizado una ecografía y un TAC abdómino-pélvico (Figura 1) informando de un engrosamiento multinodular de los músculos rectos anteriores del abdomen, interpretado como fibrosis postquirúrgica.

En la exploración, se palpa unos centímetros por encima de la cicatriz de Pfannenstiel, una tumoración alargada transversal, de límites imprecisos, multinodular y dolorosa. Sin otros hallazgos ginecológicos.

Ecografía vaginal: sin hallazgos a destacar.

Con sonda abdominal se visualiza por encima de la cicatriz de Pfannenstiel, en plano músculo-aponeurótico, imagen de límites imprecisos, heterogénea, con pequeñas áreas hipoeoicas, de 52x19 mm que coincide con zona dolorosa y palpable descrita (Figura 2).

Se solicita punción-aspiración con aguja fina de dicha lesión obteniéndose 1 cc de líquido turbio de celularidad histiocitaria con abundante hemosiderina compatible con proceso endometriósico.

El resultado del Ca 125 inicial fue de 605.9 U/mL y de 205.5 U/mL dos meses más tarde.

En la cirugía se realiza incisión sobre cicatriz de laparotomías previas y disección por planos, dificultosa por intensa fibrosis. Abierta la fascia se palpa tumoración de unos 5 cm, de consistencia dura, difícil de individualizar por adherencias firmes, localizada entre los músculos rectos y peritoneo. Se realiza exéresis de la tumoración y se abre fuera del campo encontrándose pequeños quistes con material achocolatado (Figura 3).

El postoperatorio inmediato cursa con normalidad y es dada de alta al tercer día.

Anatomía Patológica describe la pieza como una estructura de configuración irregularmente abollonada de 5 x 4 x 3 cm, con áreas de aspecto hemorrágico y zonas de aspecto xantocrómico granular compatible con proceso endometriósico severo, con extensas zonas de aspecto fibrótico cicatricial, áreas de hemorragia con infiltración histiocitaria con abundantes macrófagos hemosiderínicos y presencia de componente glandular endometrial de apariencia no atípica (Figura 4).

A los 2 meses del alta, la paciente está asintomática.

DISCUSION:

La incidencia de endometriosis de pared abdominal después de una cesárea se estima en 0,03%-1%^{4,6}. La patogénesis de endometriosis post-cesárea se explica porque las células endometriales se pueden escapar a través de la incisión del útero y se implantan dentro de la herida abdominal^{4,7}. Esta teoría no conseguiría dilucidar el 20% de casos sin antecedente de cirugía^{2,4,8}, considerándose la hipótesis de que el tejido endometrial

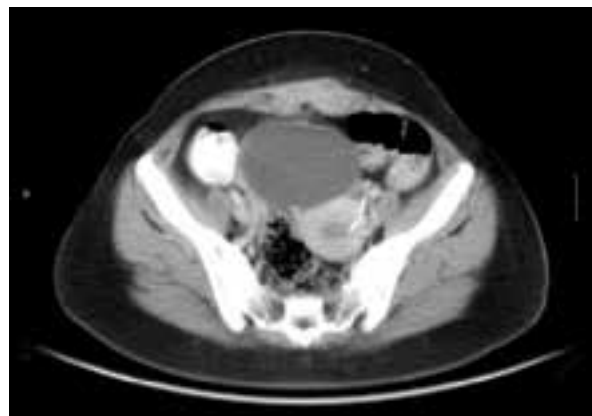


FIGURA 1: TAC Abdómino-pélvico.

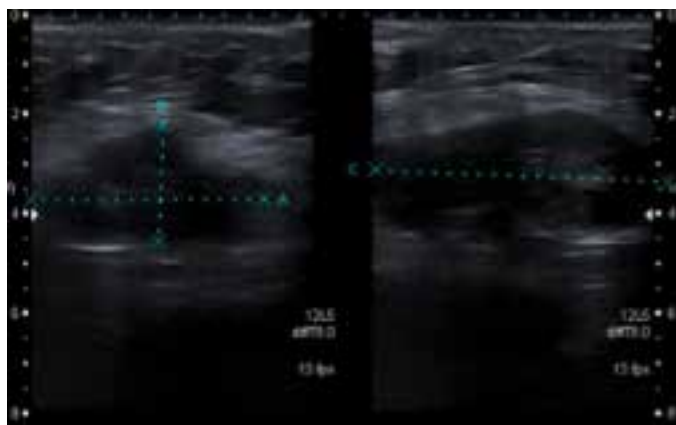


FIGURA 2: Ecografía abdominal.



FIGURA 3: Pieza quirúrgica.

se propague a través de la circulación sanguínea o linfática³. Otra teoría implicaría la metaplasia de las células en la pared abdominal en tejido endometrial⁴.

La media de edad de aparición de los síntomas ocurre

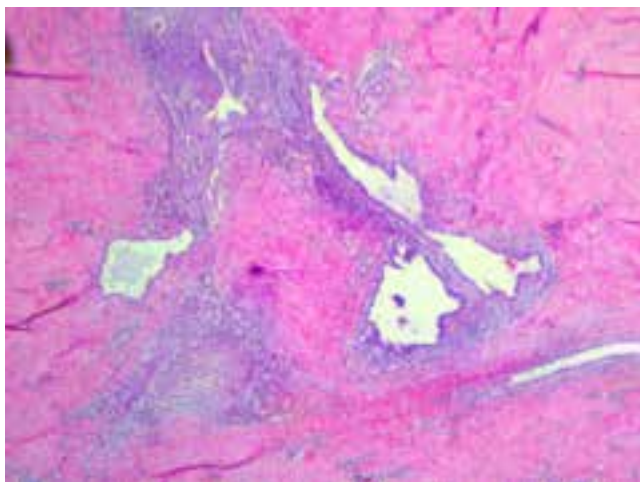


FIGURA 4: Imagen a medio aumento. Presencia a nivel de tejidos blandos de pared abdominal de estructuras glandulares con su correspondiente estroma de morfología endometrial. Obsérvese la característica de benignidad de las mismas a pesar de su aspecto infiltrativo.

entre los 31 y 34 años^{2,3,4,5,6,7,9,10}.

El dolor abdominal es referido por la paciente entre el 41% y el 87%^{2,3,4,5,10,11}, siendo cíclico en el 40%-73.3%^{4,6,7,9,10,11} y no cíclico en el 26.6% a 45%^{7,9,10}. La dismenorrea se registró en un porcentaje del 10% al 21% de los casos^{5,7}.

La palpación de una masa abdominal ocurre en el 100% de los casos en tres publicaciones^{7,9,10}. En otras este signo no es constante (63.1% y el 97.2%)^{2,3,4,5}. El tamaño del tumor puede aumentar durante el período menstrual, observándose en el 15.2% al 47%^{3,5}.

En varios trabajos, todas de las pacientes con endometriosis de pared abdominal tenían previamente cesárea^{6,7,10}. En otros estudios este porcentaje varía desde 57% al 82.3%^{2,4,5}. El antecedente de histerectomía está presente en el 11%⁴. Otra localización relativamente frecuente es la cicatriz de un puerto de laparoscopia⁵. Se han publicado casuísticas de hasta 9.2% de endometriosis de pared sin ningún antecedente quirúrgico abdominal^{2,8}. La asociación con endometriosis pélvica se presenta en el 5.4%-14%^{3,4,5}.

El intervalo de aparición desde el antecedente de cirugía abdominal y la aparición de los síntomas varía desde 6 meses hasta 8 años^{2,3,4,5,6,9}.

El diagnóstico preoperatorio se basa en la historia clínica y pruebas de imagen, siendo la más utilizada la ecografía abdominal (75% a 100%)^{3,5,7,10}. Menos utilizadas son la resonancia magnética y la tomografía, esta última con pobres resultados^{2,5,10}. El método más costo-efectivo parece ser la ecografía¹⁰ con una sensibilidad diagnóstica entre el 25% y el 80%^{3,6,9,12}, confundiendo frecuentemente con neoplasias^{3,11,12,13} o

incluso con fibrosis, hernias, hematomas o abscesos^{3,7,13}. La imagen ecográfica característica es una masa sólida bajo la cicatriz, hipoeoica y con pequeños nódulos vascularizados, de bordes espiculados que infiltran los tejidos circundantes^{5,11,13,14}. El Doppler color demuestra escasa vascularización¹⁴. La ecografía tridimensional aporta una mejor descripción de la imagen, mayor precisión del tamaño y de la infiltración¹⁵. Recientes publicaciones describen excelentes resultados de la elastosonografía, presentando el endometrioma un aspecto azul-verde-rojo típico y los bordes exteriores claramente definidos. En comparación con la ecografía modo B provee una mayor información acerca de la extensión de la lesión, dato de utilidad para el cirujano^{16,17}.

La punción-aspiración con aguja fina es útil en el diagnóstico de la endometriosis de pared, proporcionando un diagnóstico preoperatorio rápido y preciso^{11,18,19,20}. Los frotis obtenidos fueron altamente celulares y mostraban un fondo hemorrágico con macrófagos y células epiteliales y estromales cargadas de hemosiderina¹⁹. En una publicación se informa del uso de esta técnica en el 52% de los casos⁵. Sin embargo, en otros estudios no se realizó ya que no sospechaban la presencia de endometriosis antes de la operación^{7,13}. En otros casos estaba desaconsejada por temor de que se tratara de una hernia incisional⁴.

En nuestro caso el resultado del Ca 125 preoperatorio era elevado. En otros estudios el Ca 125 sólo se usó para el seguimiento postoperatorio¹³.

En cuanto al tratamiento, el procedimiento más exitoso es realizar una resección de la tumoración con amplios márgenes de seguridad que incluyan las estructuras adyacentes (fascia y músculo), asegurando el diagnóstico patológico^{3,4,5,11}.

La escisión amplia de la aponeurosis provoca que en algunos casos (7.7 a 23.5%) sea necesaria la implantación de una malla de polipropileno^{2,3,5}.

La media del tamaño del tumor es de 2.5 a 3.9 cm^{3,5,6,7,10}, en nuestro caso el diámetro máximo era de 5 cm.

La curación quirúrgica es de entre 95-100%^{4,6}.

La recurrencia ocurre entre el 1% y el 9.1% de los casos^{3,4,6,9,10}. El síntoma más común es la reaparición de una masa dolorosa⁴, a veces hasta con 34 meses de intervalo desde la intervención³.

La localización de la tumoración endometriósica era debajo de la cicatriz (60-75%), en la propia cicatriz (10%) y más allá de la cicatriz hasta en el 30%^{3,7}. En una serie de 55 casos encuentran endometriosis en los músculos rectos del abdomen en el 46.6%, en los oblicuos externos en el 33.3% y preaponeurótica en el 13.3% de los casos⁶.

Se ha usado tratamiento médico antes de la cirugía en casos de concomitancia con endometriosis pélvica o para tratar de reducir grandes tumoraciones endometriósicas.

Los fármacos más utilizados son los anticonceptivos orales, danazol, leuprolide, noretisterona y progesterona^{4,5,11}. Se ha publicado el uso de análogos de gonadotrofinas después de la cirugía, incluso aunque la resección haya sido completa³.

La posibilidad de malignización de endometriosis en cicatriz de pared abdominal parece ocurrir en menos del 1% de los casos^{5,7} y se expresa como un tumor de células claras^{21,22} o como un adenocarcinoma mucinoso similar al de ovario²³. En ocasiones se han descrito metástasis en vejiga y en ganglios preperitoneales^{24,25}. El tratamiento consiste en la resección de la lesión con márgenes amplios^{21,22,23}; también se ha practicado concomitantemente la histerectomía y doble anexectomía sin haberse demostrado lesión histológica en estos órganos²¹. Como tratamientos coadyuvantes se han utilizado quimioterapia y radioterapia^{22,23,24,25}. Los agentes utilizados fueron carboplatino y taxol (25). La cifra publicada de supervivencia a los 5 años del tratamiento es del 80%⁷.

Responsabilidades éticas Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que puedan identificar a la paciente.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. *J Med Life*. 2014 Sep 15;7(3):349-57.
- Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Oct;211(4):363.e1-5.
- Kang J, Baek JH, Lee WS, Cho TH, Lee JN, Lee WK, Chung M. Clinical manifestations of abdominal wall endometriosis: a single center experience. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 Feb;287(2):301-5.
- Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg*. 2008 Aug;196(2):207-12.
- Vellido-Cotelo R, Muñoz-González JL, Oliver-Pérez MR, de la Hera-Lázaro C, Almansa-González C, Pérez-Sagasetta C, Jiménez-López JS. Endometriosis node in gynaecologic scars: a study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Womens Health*. 2015;15:13.
- Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006 Jan;34(1):8-13.
- Khamechian T, Alizargar J, Mazoochi T. 5-Year data analysis of patients following abdominal wall endometrioma surgery. *BMC Womens Health*. 2014 Dec 5;14:151.
- Al Shakarchi J, Bohra A. Endometrioma in a virgin abdomen masquerading as an intramuscular lipoma. *J Surg Case Rep*. 2015 Mar 18;2015(3).
- Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, Boran B, Huq GE. Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res*. 2010 Nov;164(1):e77-81.
- Ozel L, Sagiroglu J, Unal A, Unal E, Gunes P, Baskent E, Aka N, Titiz MI, Tufekci EC. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res*. 2012 Mar;38(3):526-30.
- Oh EM, Lee WS, Kang JM, Choi ST, Kim KK, Lee WK. A Surgeon's Perspective of Abdominal Wall Endometriosis at a Cesarean Section Incision: Nine Cases in a Single Institution. *Surg Res Pract*. 2014;2014:765372.
- Heller DS, Fitzhugh VA. Abdominal wall endometriosis: a rarely anticipated diagnosis: a 16-year experience and brief literature review. *J Reprod Med*. 2014 Mar-Apr;59(3-4):110-2.
- Kocakusak A, Arpinar E, Arikan S, Demirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons. *Med Princ Pract*. 2005 Nov-Dec;14(6):434-7.
- Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M, Seracchioli R. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012 Mar;39(3):336-40.
- Picard A, Varlet MN, Guilibert F, Srour M, Clemenson A, Khaddage A, Seffert P, Chene G. Three-dimensional sonographic diagnosis

- of abdominal wall endometriosis: a useful tool? *Fertil Steril*. 2011 Jan;95(1):289.e1-4.
16. Fawzy M, Amer T. Efficacy of transabdominal sonoelastography in the diagnosis of caesarean section scar endometrioma: A pilot study. *J Obstet Gynaecol*. 2015 Feb 24;1-3.
 17. Xie M, Zhang X, Zhan J, Ren Y, Wang W. Potential role of strain elastography for detection of the extent of large-scarendometriosis. *J Ultrasound Med*. 2013 Sep;32(9):1635-42.
 18. Dash S, Panda S, Rout N, Samantaray S. Role of fine needle aspiration cytology and cell block in diagnosis of scarendometriosis: A case report. *J Cytol*. 2015 Jan-Mar;32(1):71-3.
 19. Catalina-Fernández I, López-Presa D, Sáenz-Santamaria J. Fine needle aspiration cytology in cutaneous and subcutaneous endometriosis. *Acta Cytol*. 2007 May-Jun;51(3):380-4.
 20. Pachori G, Sharma R, Sunaria RK, Bayla T. Scar endometriosis: Diagnosis by fine needle aspiration. *J Cytol*. 2015 Jan-Mar;32(1):65-7.
 21. Ijichi S, Mori T, Suganuma I, Yamamoto T, Matsushima H, Ito F, Akiyama M, Kusuki I, Kitawaki J. Clear cell carcinoma arising from cesarean section scar endometriosis: case report and review of the literature. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2014;2014:642483.
 22. Bats AS, Zafrani Y, Pautier P, Duvillard P, Morice P. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis to clear cell carcinoma: case report and review of the literature. *Fertil Steril*. 2008 Oct;90(4):1197.
 23. Stevens EE, Pradhan TS, Chak Y, Lee YC. Malignant transformation of endometriosis in a cesarean section abdominal wall scar: a case report. *J Reprod Med*. 2013 May-Jun;58(5-6):264-6.
 24. Liu H, Leng J, Lang J, Cui Q. Clear cell carcinoma arising from abdominal wall endometriosis: a unique case with bladder and lymph node metastasis. *World J Surg Oncol*. 2014 Mar 5;12:51.
 25. Fargas Fàbregas F, Cusidó Guimferrer M, Tresserra Casas F, Baulies Caballero S, Fàbregas Xauradó R. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis: Case report and review of literature. *Gynecol Oncol Case Rep*. 2014 Jan 5;8:10-3.

Caso Clínico

Endometriosis en cicatriz de cesárea. Un problema creciente

Cesarean scar endometriosis. Increasing problem

Ruiz Sánchez E, Peinado Rodenas J¹, Moreno Selva R, Arones Collantes M.A, González de Merlo G.

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario de Albacete

¹Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Albacete

RESUMEN

La endometriosis en una cicatriz es una entidad poco frecuente que suele plantear problemas diagnósticos. La presencia de un masa abdominal cíclicamente dolorosa en una mujer joven con antecedentes de cirugía ginecológica u obstétrica es muy sugestiva.

El diagnóstico diferencial se realiza con las complicaciones postquirúrgicas más habituales, como granulomas, hernias, abscesos o hematomas de los rectos.

Presentamos 3 casos de endometriosis en la cicatriz de una cesárea anterior. C

Como vemos se trata de un problema cada vez más frecuente, ya que cada vez se realizan más cesáreas.

Palabras clave: endometriosis, cicatriz, cesárea, cirugía

ABSTRACT

Scar endometriosis is a rare entity, which usually hampers diagnosis. The presence of a cyclically painful abdominal mass in women with a previous history of gynaecology or obstetric surgery is highly suggestive.

The differential diagnosis should be made with the most common postsurgical complications such as suture granuloma, abdominal hernia, abscesses, and rectus

muscle hematomas.

We report 3 cases of cesarean scar endometriosis. As we see it is an increasingly common problem, as more and more caesarean sections are carried.

Key words: endometriosis, scar, cesarean, surgery

INTRODUCCIÓN

La endometriosis fue descrita por von Recklinghausen en 1860, como la presencia de tejido endometrial ectópico que responde a la estimulación hormonal. Está presente en aproximadamente un 8-15% de mujeres en edad reproductiva.^{1-3,8} Ésta se define como la presencia de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina.

Estamos presenciando un aumento en el número de cesáreas realizadas por diversos motivos. Ello conlleva asociado un aumento también en las complicaciones. En el presente artículo nos centraremos en los focos endometriósicos aparecidos tras una cesárea.

Ante una paciente premenopáusica con una tumoración cutánea abdominal, cíclicamente dolorosa, y antecedente de cirugía abdominal por causa obstétrica o ginecológica, debemos pensar en esta causa.⁴

CASO CLINICO

Presentamos 3 casos clínicos de nódulo endometriósico aparecidos sobre la cicatriz de una cesárea.

El primero de ellos es el caso de una paciente de 32 años remitida a consulta de Cirugía General por palpar un nódulo en la zona de la cicatriz de cesárea.

Como antecedentes personales destacan 2 abortos que precisaron legrado y 1 cesárea dos años antes. No tiene antecedentes de enfermedades, ni de otras cirugías.

En consulta se palpa un nódulo de 3 x 1 cm en tercio externo derecho de la cicatriz tipo Pfannenstiel, doloroso a la palpación. Como primera opción, los cirujanos

CORRESPONDENCIA:

Esther Ruiz Sánchez.

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital General Universitario de Albacete C/Hermanos Falcó, 37
CP 02006 (Albacete)
Teléfono 626536395.
e-mail: esther_ruiz18@hotmail.com

piensan en un defecto de pared, que descartan con un TC. Posteriormente, ante la persistencia del nódulo se solicita una ecografía que el Servicio de Radiodiagnóstico cataloga de sugestivo de nódulo endometriósico sobre la cicatriz previa. Posteriormente, se procede a punción y aspiración con aguja fina con el diagnóstico sugestivo de endometriosis. Como parte del estudio también se realizó una RMN (figura 1) que apoyó el diagnóstico.

Ante este hallazgo, se procede a su extirpación (figura 2). Tras la cirugía, la paciente quedó asintomática y los controles posteriores fueron normales.

El estudio anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de endometriosis.

El segundo caso que presentamos es el de una paciente de 38 años que consulta por el mismo motivo esta vez en nuestra consulta. Destaca el hecho de que ya se le extirpó previamente un nódulo subcutáneo endometriósico en canto izquierdo.

Como antecedentes personales constan 2 cesáreas previas.

En la exploración se palpa un nódulo de 4 cm, doloroso a la palpación, en el ángulo izquierdo de la cicatriz compatible con recidiva. En este caso también se realizó una ecografía que fue sugestiva de nódulo endometriósico. (figura 3)

Se extirpó por segunda vez dicho nódulo y el estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de sospecha.

El tercer y último caso que presentamos es el de una paciente de 27 años, con una cesárea realizada en los meses previos.

En la exploración destaca un nódulo de 3 cm en el margen de la cicatriz, doloroso a la palpación.

En la ecografía se apreció una formación subcutánea redondeada, irregular, de contenido ecogénico de aspecto sólido de 25x25x22mm

Se extirpó la lesión con márgenes y se remitió para estudio anatomopatológico que confirmó también el diagnóstico.

DISCUSIÓN

La endometriosis de la pared abdominal es una entidad muy poco frecuente, por lo que suele plantearnos un problema diagnóstico. La localización habitual de la misma es intraabdominal. No obstante, se han descrito casos de endometriosis en pared abdominal, piel, cicatrices por procesos abdominales o inguinales.

Hablamos de endometriosis de la pared abdominal para referirnos a aquella que aparece como una masa en una cicatriz de una cesárea anterior o de otro procedimiento ginecológico, o cerca de ella. Éstos pueden aparecer meses o años después de la intervención.

Se calcula que afecta entre un 5-15% de las mujeres en edad reproductiva 4. En diversos estudios se estima

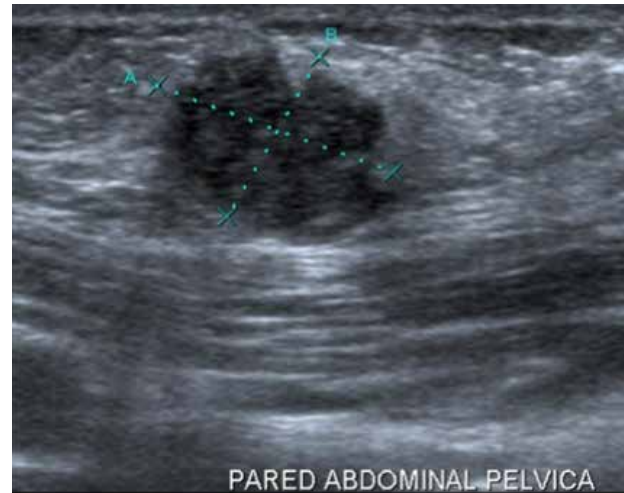


FIGURA 1: Imagen de RMN. Alteración de señal pseudonodular de bordes irregulares, de unos 30 x 13 mm, en la zona de la cicatriz quirúrgica que se extiende desde el plano muscular por el tejido celular subcutáneo a lo largo del trayecto quirúrgico sin llegar a piel

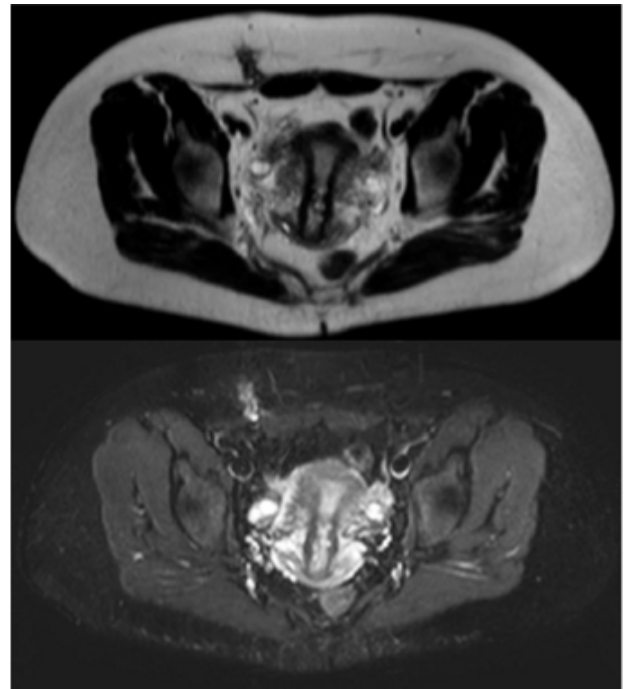


FIGURA 2: Imagen del proceso de extirpación del nódulo. Como vemos se ha dejado un margen de tejido sano alrededor del nódulo.

que entre un 0,03 y un 0,4% de las histerotomías por cesárea desarrollará una endometriosis en alguna zona de la cicatrización⁵. Existen estudios que cifran hasta en un 3,5% la incidencia de endometriosis en la zona de la incisión tras la histerotomía de un útero grávido^{4,6}.

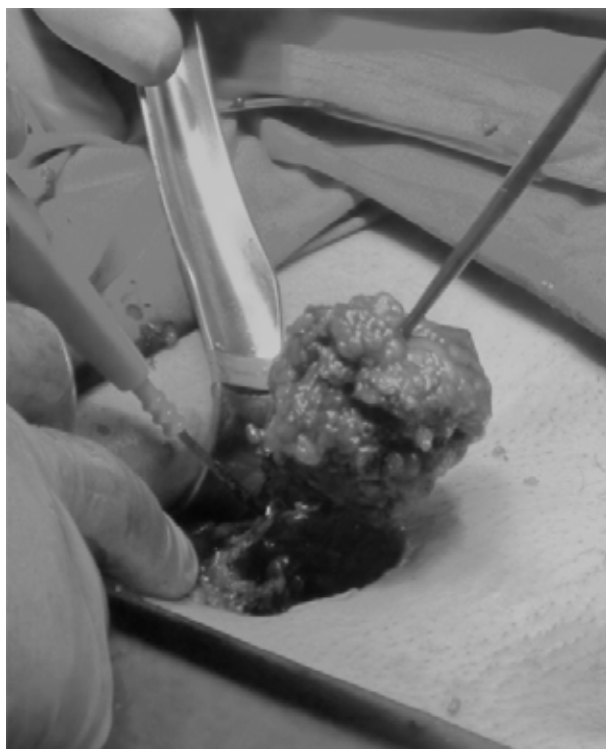


FIGURA 3: En el lugar donde la paciente refiere dolor y bulto visualizando nódulo en tejido celular subcutáneo de 4 x 2 cm heterogéneo, sólido de características inespecíficas, que junto con los antecedentes y la clínica de la paciente podría corresponder a nódulo de endometriosis.

El diagnóstico diferencial lo realizaremos, principalmente, con las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes: hernias, granulomas de sutura, abscesos o hematomas⁴, o lipomas.

El principal reto diagnóstico nos lo ofrecerán aquellos casos asintomáticos o con dolor no asociado al ciclo menstrual⁷, como es nuestro primer caso.

En cuanto a la patogénesis de éste proceso, lo podemos explicar por varias teorías, ninguna de ellas confirmada. La más extendida es la de la implantación directa durante la cirugía. El tejido implantado respondería a la influencia hormonal proliferando, al igual que ocurre con el endometrio en el útero, induciendo a una metaplasia del tejido fascial, y dando lugar a la formación del endometrioma.

El diagnóstico por imagen nos puede ayudar en la orientación diagnóstica y en la planificación de la extirpación. Habitualmente, recurrimos a la ecografía

por ser el método de imagen más accesible para los ginecólogos, así como el menos invasivo y el más coste-efectivo. Esta nos ofrece una imagen de la lesión que puede ser quística, poliquística, de ecogenicidad mixta o sólida⁷. También puede recurrirse a la realización de un TC o una RMN, aunque no parece justificado dada la poca información que aportan frente a la ecografía.⁸ Este es un punto con cierta controversia, ya que ciertos autores que abogan por la realización de la resonancia previa a la intervención, ya que tiene una sensibilidad del 71% y una especificidad del 82% para la detección de la endometriosis abdominal.⁹ En lo que no existe controversia es en que el diagnóstico de la endometriosis es anatomopatológico, bien mediante PAAF, bien mediante exéresis^{4,8}. En nuestro primer caso realizamos una PAAF previa al tratamiento quirúrgico. En los dos siguientes se procedió a la exéresis de los nódulos de manera terapéutica y diagnóstica.

Habitualmente, las pacientes afectas por esta patología, presentarán un nódulo en la zona de cicatrización con dolor de características cíclicas. Clínica similar a la presencia de endometriosis en otras áreas. No obstante, nuestra primera paciente no presentaba dicho dolor cíclico, sólo a la palpación. En lo que coinciden las tres es en presentar nódulos dolorosos a la palpación.

En cuanto al tratamiento, podemos plantear distintas opciones. Una de ellas sería mediante la administración de anticonceptivos orales o danazol, consiguiendo una remisión parcial que cederá tras el fin del mismo. Otra opción, que es la considerada de elección, es el tratamiento quirúrgico. Para disminuir recidivas, algunos autores recomiendan dejar un margen de 1cm alrededor de la lesión de tejido sano 4-6. Aunque las recidivas tras la escisión no son frecuentes, se recomienda un seguimiento ecográfico y analítico con marcadores tumorales tras la misma⁴. Si ocurrieran, habría que pensar en una escisión incompleta como primera opción. Para evitar esta situación, se recomienda el empleo de danazol de manera profiláctica, sobre todo si existe endometriosis pelviana concomitante.

CONCLUSIONES

La endometriosis en una cicatriz tras una histerotomía previa es una entidad poco frecuente, por lo que ocasiona confusión diagnóstica.

En la mayoría de los casos, el tratamiento quirúrgico con márgenes de seguridad suele ser suficiente.

Si nos ceñimos a la teoría de la implantación, podemos

evitar la aparición de los endometriomas en la cicatriz limpiando la piel y el tejido celular subcutáneo tras la histerorrafia.

No obstante, hay que seguir trabajando en este campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolf Y, Haddad R. Endometriosis in abdominal scars: A diagnostic pitfall. *American Surgeon*. 1996;62(12):1042-43
2. Skidmore R.A, Wossley J.T, Katz V. L. Decidualized umbilical endometriosis. *Int Journal of Gynecology and Obstetrics*. 1996;52:269-73
3. Pasella R. Endometriosis of the abdominal wall. *Acta Biomed Ateneo Parmese*. 1998;69(5-6):139-43
4. Endometriosis abdominal. A propósito de 2 casos. *Clin e Invest Gin Obst*. 2009;36(4):140-3
5. Villalta J, Custardoy AL, Carrasquer JA, Pujala M, Gambó P. Endometriosis en la cicatriz de una cesárea. *Cir Esp*. 2006;79(5):313-5
6. Blanco RG, Vellore SP, Shan AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons. *Med Princ Pract*. 2005;14(6):434-7
7. Pardo MI, Campos S, Ouviña O, Caramés N, Vidal R, Vázquez-Rodríguez M. *Clin Invest Gin Obst*. 2010;37(1):35-7
8. Cöl C, Yilmaz EE. Cesarean scar endometrioma: case series. *World J Clin Cases* 2014;2(5):133-136. Disponible en URL: <http://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v2/i5/133.htm>
9. Ozel L, et al. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: A potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol. Res*. 2012;38(3):526-530.



ginep
ginecólogos
privados

5ª Reunión científica

Palma de Mallorca

21 y 22 de Octubre de 2016

Estimados amigos:

Un año más, en el mes de octubre, la Reunión Científica GINEP se convertirá en punto de encuentro para los ginecólogos de asistencia privada.

La isla de Mallorca acogerá este año nuestra reunión. Su capital, Palma, nos ofrece todo lo bueno de esta tierra: desde espectaculares paisajes, hasta las mejores instalaciones y servicios para la celebración de todo tipo de congresos, pasando por una gastronomía de primer nivel.

Desde el Comité Organizador seguimos trabajando para que en esta reunión los ginecólogos privados encontremos una plataforma abierta y colaborativa, que nos permita un fácil acceso a las últimas actualizaciones y temas de mayor relevancia de nuestro sector.

En el programa científico participarán profesionales y expertos de reconocido prestigio a nivel nacional y también contaremos con la colaboración de las principales casas comerciales del sector de la salud de la mujer.

Por otro lado, como sabéis, ya está en marcha la nueva Sección de Ginecología Privada de la SEGO. Os animamos a inscribiros para que consigamos estar mejor representados y defender con más fuerza nuestros intereses.

Os esperamos en Palma de Mallorca en la 5ª edición de la Reunión GINEP.

Dr. Santiago Palacios

Presidente 5ª Reunión Científica GINEP

Dr. Andrés Forteza

Coordinador local 5ª Reunión Científica

**5ª REUNIÓN CIENTÍFICA
GINEP**

**El nuevo libro del Profesor
Julio Cruz y Hermida.**

**Con Semblanzas de
Santiago Bernabéu,
Ramón y Cajal,
Jacinto Benavente,
Camilo José Cela,
Gregorio Marañón,
Florentino Pérez,
Alfredo Di Stéfano,
Emilio Butragueño...
y muchos más.**



**CITA CON MIS RECUERDOS
AL
FINAL DEL CAMINO DE LA VIDA**

Julio Cruz y Hermida

CITA CON MIS RECUERDOS AL FINAL DEL CAMINO DE LA VIDA

**editorial
SELENE**

www.editorialselene.com

